Методика работы женской консультации

ВОРОНЕЖСКИЙ ОБЛАСТНОЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ИНСТИТУТ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И МЛАДЕНЧЕСТВА

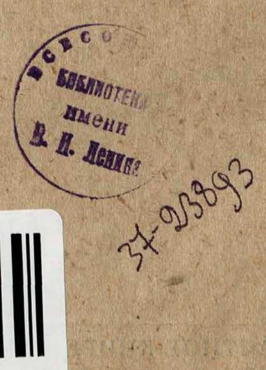


МЕТОДИКА РАБОТЫ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

СБОРНИК В ПОМОЩЬ ВРАЧУ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

ПОД РЕДАКЦИЕЙ:
д-ра И. Д. ФРЕНКИНА и проф. Р. А. ЧЕРТОК

ВОРОНЕЖСКОЕ ОБЛАСТНОЕ КНИГОИЗДАТЕЛЬСТВО 1937


ВСЕСО
БИБЛИОТЕКА
имени
В. И. Ленина
37-23893


2015187995

ПРЕДИСЛОВИЕ

Цель настоящего сборника—помочь работникам женской консультации в их повседневной организационной, профилактической и лечебной работе. Отсутствие специальных руководств по организации работы консультации нередко затрудняет положение врача при проведении того или иного организационного мероприятия. Поэтому значительное место в сборнике отведено вопросам организации работы консультации. В сборнике помещены в сжатом, иногда почти в конспективном изложении, также и сведения по вопросам диагностики, профилактики и лечения тех осложнений беременности и заболеваний, с которыми врачу консультации приходится чаще всего сталкиваться.

Книжка написана работниками Воронежской женской консультации и сектора родовспоможения института ОММ, излагающими свой организационный и практический опыт.

ВОРОНЕЖСКИЙ ИНСТИТУТ ОММ.

ПОМЕЩЕНИЕ РАЙОННОЙ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Женская консультация организуется по возможности в центре населенного пункта; это способствует увеличению ее посещаемости. Помещение консультации должно быть изолировано от других медучреждений и, по меньшей мере, иметь отдельный ход. Вход в консультацию должен быть удобным. Так как в консультацию обращаются беременные нередко незадолго до родов, нельзя допустить, чтобы туда вели длинные крутые лестницы, узкие, трудно открываемые двери, темные извилистые коридоры и т. п. У входа в консультацию необходимо иметь скребки или сетки для очистки обуви от грязи.

Сени консультации должны быть просторными и светлыми. Здесь женщина, перед тем как пройти дальше, может стряхнуть с платья пыль, снег. Следующая комната—передняя. Тут посетительница должна снимать верхнее платье и сдавать его на вешалку; туда же сдаются имеющиеся при ней вещи. Раздевшись, женщина проходит в ожидальню. Это—большая, светлая, чистая и уютно обставленная комната. В ней должны стоять удобные стулья и диваны, посреди стол с литературой, газетами, на стенах размещаются плакаты и выставочные материалы. Комната должна быть украшена портретами вождей, цветами, картинами, иметь хорошее зеркало. Пол необходимо устлать коврами или дорожками. Небольшая часть ожидальни может быть занята регистратурой, отгороженной барьером или сеткой; около регистратуры вешаются четко написанные правила записи и приема. В ожидальне постоянно должна быть кипяченая вода, которую лучше держать в графине на отдельном столике, причем около графина должна быть полоскательница для слива воды после ополаскивания стакана. В углах комнаты надо ставить плевательницы. Постоянные чистота и порядок в ожидальне — обязательные условия для правильной работы консультации.

В ожидальню выходят двери кабинетов. Даже в самой маленькой консультации следует устраивать не менее двух кабинетов: один для приема беременных и второй—для гинекологического приема.

Для приема беременных отводится самый светлый, самый теплый и самый просторный кабинет. В нем ставятся стол, стулья для врача и посетительниц, топчан, гинекологическое кресло, умывальник, ростомер, весы, столик с медикаментами и перевязочным материалом, шкаф с инструментарием. Один угол кабинета отгораживается ширмой; за ширмой ставится диван, на котором раздеваются и одеваются женщины.

На стенах кабинета развешиваются таблицы для вычисления срока родов, рисунки, помогающие врачу об'яснить беременной те или другие моменты по гигиене, по уходу за собой (например, надевание бандажа, рисунки гигиеничной и негигиеничной обуви и одежды и т. п.).

Всегда нужно помнить, что кабинет для приема беременных должен быть тщательно охраняем от попадания инфекции и потому туда совершенно не должны допускаться гинекологические больные. Даже беременных с нагноениями (фурункулез, абсцессы, флегмона) и с острой гонореей лучше принимать в гинекологическом кабинете.

Кабинет для приема гинекологических больных обставляется почти так же, как и кабинет беременных. В нем нет ростомера и весов, но зато имеются приборы для проведения процедур (подставка с кружкой Эсмарха, световая ванна и т. п.), так как в свободное от приема время кабинет может быть использован как процедурный.

Уборная в женской консультации должна быть близко расположена и в то же время достаточно изолирована. Лучше всего, если имеется теплая уборная, вход в которую из передней. Если нет возможности сделать теплую уборную, приходится довольствоваться полутеплой, т. е. хорошо защищенной, хотя и не отапливаемой. Ход в такую уборную делается из сеней, на противоположной входу стороне. Делать уборную во дворе на некотором расстоянии от консультации не следует, так как это создает многие неудобства как для женщин, так и для работы консультации.

Наконец, в консультации, если нет электрического кипятильника, необходимо иметь место для кипячения инструментов. Лучше всего его устраивать в передней в виде вытяжного шкафа. Кипячение инструментов в какой-либо комнате консультации недопустимо, так как пар и копоть в этом случае осаждаются на стенах помещения.

План помещения консультации см. на чертеже (в приложениях).

МЕТОДИКА РАБОТЫ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Исторические данные

Идея возникновения консультации для беременных принадлежит французскому акушеру Пинару (1890 г.). В России во время царизма эта идея не встретила сочувствия. Первые мероприятия носили характер частной благотворительности, и только после Октябрьской революции, когда вопросы охраны материнства и младенчества приобрели у нас общегосударственное значение, стали развиваться консультации для беременных.

Первая консультация в Советском Союзе была организована в Петрограде в конце 1917 г. В 1925 г. Рахманов предложил называть консультации для беременных консультациями для женщин, имея в виду, что в консультацию обращаются не только по поводу беременности, но и по вопросам полового воспитания и половой гигиены.

В прежние годы женские консультации занимались главным образом профилактической работой. Но во второй пятилетке, в связи с общим гигантским ростом и развитием здравоохранения, консультации стали выполнять не только свою основную санитарно-профилактическую, но и лечебно профилактическую работу.

В соответствии с этим, врачи женских консультаций, обслуживающие свои участки, должны брать под наблюдение женщину с момента ее полового созревания, давать советы при вступлении в брак, наблюдать женщину во время беременности и в послеродовом периоде, бороться за оздоровление условий ее труда и быта, за повышение производительности труда на производстве, лечить ее болезни и брать ее под контроль в климактерическом периоде.

Организация, формы и содержание работы

Развернутая консультация для женщин городского масштаба состоит из 2 отделений:

а) для беременных и родильниц,

б) для гинекологических больных.

Такая консультация организуется: 1) или в системе диспансера, 2) или в системе родильного дома, 3) или находится в одном помещении с детской консультацией, 4) или работает совершенно самостоятельно.

В женских консультациях, территориально связанных с детской консультацией или с диспансером, допускается ведение общего хозяйства, но в медицинском и административном отношении женская консультация находится в ведении акушера-гинеколога, отвечающего за постановку дела.

Связь с производством

Работа в консультации ведется по принципу участковости. Организация связи с производством осуществляется путем прикрепления врача к предприятию или производству, находящемуся на обслуживаемом участке.

Работа на производстве заключается в следующем:

1) изучение трудовых процессов и правильная расстановка женской рабочей силы, в зависимости от женских заболеваний или срока беременности;

2) участие в разработке лечебно-профилактических и социальных мероприятий по улучшению бытового обслуживания;

3) учет беременных;

4) выявление случаев женских болезней для систематического лечения;

5) планомерное ведение санкультработы среди работниц, в особенности борьбы с криминальным абортом.

Если кроме врача к производству прикрепляется сестра и социально-правовой работник, то создаются ячейки ОММ, привлекающие для участия в работе актив работниц.

Работа врача в консультации строится по типу единого акушера-гинеколога-профилактика, т. е. женщина должна быть обслуживаема одним врачом по всем трем разделам.

Штат консультации определяется обслуживаемой территорией. Он состоит из врачей и лиц среднего медперсонала (акушерок или сестер ОММ), оказывающих помощь врачам во время приема и ведущих патронажную работу на участке своего врача; сестры или акушерки, работающей в процедурном кабинете; регистратора и технического персонала.

Рабочее время консультации распределяется таким образом, что 4 часа производится прием, а остальные $1^1/_2$ часа идут на связь с производством; помощь на дому производится по жетонной системе. Нормы приема за $5^1/_2$ часов работы — 25 человек на врача и 15 человек на процедуры, отпускаемые сестрой. Нормы патронажной работы зависят

от расстояния до квартир больных, в среднем тратится полчаса на одно посещение.

Помещение консультации городского типа состоит из раздевальни, регистратуры, зала для ожидания, кабинета для приема беременных и родильниц, кабинета для приема гинекологических больных, процедурного кабинета. При консультации желателен социально-правовой кабинет, зал для физкультуры и кабинет для физиотерапевтического лечения.

Регистратура. В регистратуре заполняется личная карта при первом обращении женщины. Все записи производятся подробно, каждый параграф пунктуально записывается. Если посещение повторное, регистратор должен найти личную карту (дублирование карты ни в коем случае не допускается). Записавшиеся на прием получают в регистратуре очередной талон с указанием кабинета и времени приема. Регистратор регулирует при записи направление по кабинетам таким образом, чтобы в первые часы приема к врачу направлялись беременные и родильницы, а затем уже гинекологические больные. В регистратуре производится также предварительная запись к врачам на следующие дни. Из регистратуры женщина направляется в зал ожиданий, затем соответственно номеру талона вызывается в кабинет.

Работа в кабинете по приему беременных

При первичном обращении беременной врач выясняет анамнез: общий — когда начала ходить в детстве, какие инфекции перенесла и специальный — время появления первых менструаций, начало половой жизни, количество предшествовавших беременностей, их течение и исход. Особое внимание уделяется течению данной беременности. Затем производится общий наружный осмотр: скелета, кожи, формы живота, спины, ромба Михаэлиса. Помощником производится измерение роста и взвешивание беременной. Затем врач производит акушерское исследование, определение срока беременности, определение положения плода, наружное измерение таза, а если имеется сужение таза, и наружная кон'югата меньше 18 *см*, то и внутреннее исследование для определения диагональной кон'югаты. Затем исследуется состояние внутренних органов, производится осмотр ротовой полости и измерение кровяного давления беременной. Если имеются жалобы на бели — производится осмотр на гинекологическом кресле, берется мазок для исследования чистоты влагалищной флоры и назначается лечение дезинфицирующими спринцеваниями или влагалищными ванночками в самой

консультации. Все результаты осмотра и исследования записываются в личную карту беременной.

Далее даются советы по гигиене беременности, касающиеся трудового режима, питания, содержания в чистоте тела, ношения рациональной одежды. Беременной рекомендуется произвести анализ мочи, анализ крови на RW, обследование легких. Выдаются соответствующие направления в лабораторию, вендиспансер или тубдиспансер. Если беременной выдается больничный листок, то это фиксируется в особых записях. При патологии беременности фамилия и адрес беременной заносятся на специальную картотеку с условными сигналами, находящуюся тут же в кабинете перед глазами врача и напоминающую о необходимости сестринского или врачебного патронирования.

Сестра записывает адрес беременной с указанием срока беременности в специальную тетрадь для передачи в тубдиспансер, который ведет наблюдение по вопросам необходимости бецежирования будущего ребенка, а также записывает адрес для своего патронажа. Беременной назначается срок следующей явки, за ней бронируется определенный день.

При нормальном течении беременности повторные посещения назначаются ежемесячно до 7 лунных месяцев, а затем через каждые две недели. Анализ мочи, взвешивание, измерение кровяного давления производятся при каждом повторном посещении. При каких-либо отклонениях от нормального течения беременности явка в консультацию и производство необходимых анализов назначаются чаще. С 8-го лунного месяца на руки беременной выдается карточка для роддома, в которую заносятся все данные, касающиеся лабораторных исследований и течения беременности.

Если об'ективные условия не дают возможности проводить полные лабораторные обследования беременных (районные консультации), то необходимо подробное физикальное исследование, исследование мочи на белок (кипячение) и измерение кровяного давления.

Профилактика токсикозов в работе консультации

Кроме общих профилактических мероприятий, предупреждающих развитие токсикозов, необходимо указать специальные меры при некоторых токсикозах.

Н е у к р о т и м а я р в о т а. Врач консультации должен вести тщательное наблюдение, чтобы не упустить момента перехода emesis gravidarum в hyperemesis. Если лечение рвоты беременной не дает эффекта, и в состоянии ее наблюдается ухудшение (падение веса, субфебрильная t°, учащение пульса

до 100 ударов в минуту) и появляется положительная реакция при исследовании мочи на кетоновые тела, — необходимо направить больную в стационар.

Эклямпсия. При бессудорожных формах эклямпсии (кровяное давление выше 135, отеки, альбуминурия), если назначенный режим, диэта и лечение сернокислой магнезией на дают желаемого эффекта и у беременной появляются головные боли, рвота, расстройство зрения, — необходимо направить ее в палату беременных.

Профилактика привычного выкидыша. В случаях привычного выкидыша беременная берется под наблюдение консультации (желательно с начала беременности). Если клинические и лабораторные исследования исключают сифилис, если заболевание сердца и почек также исключены, как причина выкидышей, — беременной назначается, кроме соответствующего режима, лечение проланом.

Случаи патологии, подлежащие стационару

Кроме указанных случаев токсикозов подлежат стационару (направлению в палату беременных) следующие патологические случаи:

1. Кровотечение при беременности (больные направляются в стационар сразу при диагносцировании кровотечения).
2. Случаи неправильного положения плода.
3. Случаи с абсолютным сужением таза или с более резкими степенями относительного сужения.

В обоих последних случаях беременных надо отправить в стационар за 7-10 дней до родов.

4. Случаи беременности, осложненной hydramnion, заболеваниями сердца, легких, хореей и пр.

Если у беременной имеется заболевание, угрожающее тяжелым ущербом здоровью или представляющее угрозу самой жизни беременной, то она направляется в специальную комиссию (консилиум врачей), работающую при женской консультации, где решается вопрос о необходимости искусственного прерывания беременности.

Борьба с абортами

Беременные, которым отказано в операции аборта, должны быть взяты на учет и находиться под особым наблюдением консультации. Чтобы предотвратить попытку этих женщин сделать криминальный аборт, консультации должны широко привлекать к своей работе юриста, актив из жен ИТР и командиров и с их помощью окружить вниманием женщин, не получивших разрешения на аборт.

Все случаи неполных абортов в консультации и стационаре подлежат особому учету; в этих случаях необходимо устанавливать причины кровотечения.

Связь с другими учреждениями

При обслуживании беременных женская консультация имеет связь со следующими учреждениями:

1. С лабораторией, куда направляются беременные для производства необходимых анализов.

2. С вендиспансером, куда направляются все беременные для серологических анализов крови и где проводится лечение беременных, больных сифилисом (гонорея лечится в консультации).

3. С тубдиспансером, куда направляются беременные для обследования легких. Там, где имеется возможность, в тубдиспансер направляются все беременные. Там, где этой возможности нет, в диспансер направляются беременные, у которых имеется подозрение на туберкулезное заболевание, а также беременные с отягченной наследственностью или имеющие контакт с туберкулезными больными. Беременные, больные тбк, лечатся в тубдиспансере. В таких случаях, а также при контакте беременной с туберкулезными больными (это выясняет тубдиспансер путем патронирования беременных по указанным консультацией адресам), в роддоме производится вакцинация новорожденных по Кальметту — бецежирование (вводится вакцина B. C. G.).

4. С детской консультацией. Обе консультации ведут об'единенную борьбу с туберкулезом, с врожденным сифилисом. Для этого женская консультация сообщает детской о заболеваниях беременных. Обе консультации ведут также об'единенную санкультработу в школах материнства.

5. С терапевтическим отделением диспансера, куда посылаются для консультации беременные с заболеваниями внутренних органов.

6. С зубным отделением: туда направляются беременные, нуждающиеся в санации полости рта.

7. С родильным домом или родильным отделением. Консультация заполняет обменную карточку и вручает беременной для передачи ее при поступлении в родильный дом; в свою очередь, роддом, заполняя вторую половину этой обменной карточки сведениями о течении родов или необходимости скорейшего послеродового патронажа, возвращает ее по почте в консультацию. Роддом направляет в консультацию родильниц после их выписки. Врачи консультаций и роддома обслуживают оба эти учреждения (путем прямого

совместительства или обмена работниками или путем дежурств в роддоме врачей консультации). Консультация и роддом организуют общие производственные совещания для совместного обсуждения тех или иных мероприятий, общие научные конференции и создают общие бригады для коллективной проработки научно-практических вопросов.

8. С социально-правовым кабинетом, куда направляются беременные по вопросам бытового, семейного, жилищного и правового характера.

Районная женская консультация по своей структуре (один врач) тесно связана с детской консультацией. Остальные перечисленные учреждения не всегда бывают в районах, в этих случаях связь с ними заменяется связью с врачами, ведущими соответствующие разделы медицинской работы.

Обслуживание родильниц

Родильный дом при выписке указывает родильнице о необходимости обратиться в консультацию. Первая явка в консультацию после родов происходит чаще всего через 2 недели. Во время этого посещения производится наружный осмотр женщины и наружное исследование ее половых органов. Внутреннее исследование производится обычно через 4 недели после родов, и только в случаях кровотечения, повышенной температуры и болей внутреннее исследование производится и ранее с соблюдением всех правил асептики. Производится также осмотр грудных желез и сосков, причем при трещинах назначается кварц на соски, дающий хорошие результаты в смысле успокоения болезненности и заживления трещин.

Немедленный патронаж организуется, если имеется сообщение роддома о выписке родильницы с субфебрильной температурой, с недостаточной инволюцией матки и другими осложнениями, и в случае, если о родильнице консультация не имеет никаких сведений.

В кабинет для приема беременных и родильниц регистратура направляет и женщин, желающих получить совет по вопросам половой гигиены, в частности по вопросам половой холодности и о противозачаточных средствах. Прием этих женщин производится после окончания приема родильниц и беременных. Все случаи назначения противозачаточных средств учитываются для изучения их эффективности.

Прием гинекологических больных

Гинекологическая помощь оказывается в гинекологическом кабинете после окончания работы в кабинете беремен-

ных. Первично обращающиеся гинекологические больные подвергаются особому учету с указанием диагноза.

После составления анамнеза производится гинекологическое исследование, и больная направляется для необходимых лабораторных анализов: мазков из шейки и уретры на гонококки Neisser'а, кровь на РОЭ и лейкоцитоз. Исследование крови особенно важно при назначении физиатрических процедур. Наиболее эффективными методами лечения большинства гинекологических заболеваний являются физиотерапевтические методы, поэтому теперь, при передаче консультациям лечебных функций от гинекологических амбулаторий, встает вопрос о создании при консультациях кабинетов физиотерапии.

Кроме физиотерапии в лечении женских заболеваний проводится и гормонотерапия. Там, где нет физических методов лечения, применяется Reiztherapia, аутогемотерапия и протеинотерапия. Выполнение таких процедур, как спринцевания, ванночки, прижигания шейки, ин'екции гинекологическим больным, проводятся в специальном процедурном кабинете специальной сестрой.

В районной консультации из перечисленных лабораторных обследований возможны не все (если отсутствует микроскоп); наиболее легко проводить исследование крови на РОЭ, не требующую сложных приборов. Выполнение других лабораторных исследований определяется конкретной обстановкой. Если в районе консультации имеется лаборатория при амбулатории или больнице, следует пользоваться ее услугами. В частности, зафиксированные мазки крови и влагалищных выделений, хорошо запечатанные, можно посылать для исследования и в отдаленные лаборатории.

Помощь на дому

При организации гинекологической помощи особенно важен в настоящее время вопрос о помощи на дому; помощь на дому проводится врачом, который ведет амбулаторный гинекологический прием.

Вызов врача делается через регистратуру. Врач или имеет ежедневно выделенные часы для вызовов (если участок маленький и прием производится без отказов), или обслуживает больных на дому, после окончания приема в консультации, по жетонной системе.

Через гинекологические кабинеты консультация устанавливает связь с гинекологическим станционаром, куда направляются больные, нуждающиеся в операции или в стационарном лечении.

Патронаж и культурно-просветительная работа консультации

Патронажный аппарат при консультации состоит из сестер ОММ или акушерок, работающих большую часть своего рабочего времени ($4^1/_2$ часа) с врачом на приеме, а остальное время ($1^1/_2$ часа) по патронажу.

При оказании помощи врачу во время приема патронажные работники уже знакомятся с беременными.

Основные задачи патронажа: приучить беременных выполнять санитарно-культурные правила общего характера; проверить, выполняются ли назначения врача и его советы по гигиене беременности; привлечь в консультацию беременных, которые мало посещают ее, а также привлечь родильниц, не явившихся после родов; ознакомить беременных с правилами ухода за новорожденным. При патронировании заполняется особая анкета, которая потом вкладывается в личную карту беременной; повторный патронаж беременной или родильнице отмечается в той же патронажной анкете.

Задача санкультработы, проводимой в консультации и вне ее, заключается в следующем: 1) агитация и пропаганда идей ОММ, 2) популяризация гигиенических и медицинских знаний ОММ, 3) культурное воспитание масс.

Санкультработа проводится в форме лекций, бесед, об'яснений, выставок, кинокартин. Одним из серьезных видов санкультработы являются школы материнства, организуемые обычно в женской консультации из группы беременных постоянного состава, желающих прослушать цикл лекций по уходу за ребенком и по гигиене беременности. Первый отдел этого цикла лекций — гигиена беременности, родов и послеродового периода — состоит из 3 бесед и проводится врачом-акушером; затем слушательницы передаются в детскую консультацию, где педиатр проводит беседы и практические занятия по уходу за ребенком. Беседы заканчиваются экскурсией в учреждения ОММ.

Учет работы женской консультации

Для большей эффективности своей работы женская консультация должна вести регулярный ежемесячный, квартальный и годовой учет работы и анализ цифровых материалов по следующим разделам:

1. Имея данные о количестве женщин на своем участке, консультация должна знать процент рождаемости.

2. Выявлять процент посещающих консультацию из числа родивших по данному району.

3. Вести учет посещаемости консультации беременными и родильницами.

4. Вести учет родов, проведенных на дому.

5. Вести учет всех случаев переходов и недоходов в связи с декретными отпусками.

6. Вести учет токсикозов беременности и их исхода.

7. Вести учет мертворождаемости и недонашиваемости.

8. Вести учет всех случаев начавшихся и неполных абортов (по данным консультации и по данным стационара).

9. Вести учет длительно и часто болеющих гинекологических больных.

Учет, показывающий снижение патологических и преждевременных родов, снижение переходов и недоходов по декретным отпускам, снижение женской заболеваемости и случаев самопроизвольных, подозрительных на криминальные, выкидышей, явится лучшим показателем успешной работы женской консультации.

ПАТРОНАЖНАЯ РАБОТА ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Тесная связь с обслуживаемыми женщинами, привитие им гигиенических навыков, постоянное наблюдение за их состоянием не может быть осуществлено только приемом женщин в консультации. Для достижения этого необходим систематический, правильно поставленный патронаж.

Помимо этого при патронаже проводятся дополнительный учет беременных, не явившихся в консультацию, и выполнение назначений врача больным.

Патронаж должен быть полным и систематическим, т. е. им должны быть охвачены все женщины патронируемых категорий, причем посещения их производятся через определенные промежутки времени. Для выполнения этих условий необходимо иметь план патронажа, который составляется сообразно количеству патронируемых лиц с таким расчетом, чтобы полный патронажный обход всего обслуживаемого участка проводился каждые 2—3 месяца. Планируют патронажную работу в городе по улицам и кварталам, в селе — по колхозам и бригадам, отводя обходу определенного квартала или бригады определенное время. При составлении плана оставляют небольшой запас свободного времени — один день в шестидневку (в неделю) — для посещений, не предусмотренных планом.

Для патронажа лучше всего использовать акушерку, принимающую участие в амбулаторном приеме. Ежедневно 4 часа она работает в консультации и в течение двух часов проводит патронаж. При такой постановке дела достигается наиболее полное знакомство акушерки с обслуживаемыми ею женщинами.

Однако в тех случаях, когда патронаж приходится проводить на значительном расстоянии от консультации, можно выделять особые патронажные дни, целиком посвященные этой работе.

Отправляясь на патронаж, акушерка берет патронажные листы (см. приложение в конце книги) или список женщин, проживающих в участке, обход которого намечен на этот день, и пользуется имеющимися адресами. Если во время обхода выявляются путем опроса населения не учтенные

беременные, они также патронируются, на них заполняется новая карточка или они заносятся в список (если патронаж ведется по списку).

При каждом посещении обследуется состояние беременной и ее бытовые условия и одновременно даются указания, касающиеся личной гигиены.

Прежде всего следует узнать о самочувствии беременной, задавая ей ряд наводящих вопросов (о тошноте, рвоте, болях, головокружении, отеках, о головных болях, о кровотечении, расстройстве зрения, болях под ложечкой и т. п.); об образе жизни, выполнении правил гигиены, питании, выполняемой работе и т. д.

Все эти вопросы имеют целью выяснить течение беременности и влияние на нее бытовых условий.

Затем производится осмотр помещения (квартиры), где живет беременная, в отношении чистоты и проветривания; выясняется, насколько квартира отвечает требованиям гигиены. Обследуется постель, одежда, обувь беременной.

Обследование носит характер товарищеской беседы и отнюдь не должно переходить в административный допрос. Если при этом отмечаются нарушения правил гигиены, акушерка раз'ясняет женщине вредность таких нарушений и вместе с беременной отыскивает путь к их устранению. Все это делается в форме совета, подкрепленного самыми подробными раз'яснениями, и ничем не должно напоминать приказа.

Если беременная обратится к посетившей ее акушерке с каким-либо вопросом, хотя бы и не имеющим отношения к цели посещения, акушерка должна по мере возможности ответить на этот вопрос или указать место, где женщина может получить раз'яснение.

Состояние беременной, ее жалобы и недочеты выполнения правил гигиены отмечаются в патронажном листе так же, как и данные советы и раз'яснения. Одновременно проверяется выполнение советов, данных в предыдущие посещения и записанных в соответствующих графах листка. Если обнаружится невыполнение каких-либо советов, они повторяются с новым и даже более подробным раз'яснением важности их выполнения. При этом не следует выражать неудовольствия или упрека, так как это может повести к тому, что беременная, не желая портить своих взаимоотношений с акушеркой, станет в дальнейшем обманывать ее — утверждать, что она выполнила все советы, в то время как они остаются невыполненными.

Если патронажных листов не имеется, результаты патронажа заносятся в список, конечно, в более краткой форме. Если посещение первичное, т. е. беременная только берется

на учет, о ней собирается ряд дополнительных сведений, которые заносятся на карточку. Если карточки нет, то наиболее важные сведения вносятся в список. Сюда относятся: возраст, семейное положение, род занятий, количество беременностей, родов и абортов, перенесенные заболевания и жилищные условия.

Перед уходом акушерка спрашивает у беременной, не знает ли она по соседству беременных женщин, выявляя таким путем еще не учтенные беременности.

Уходя от беременной, акушерка приглашает ее аккуратно посещать консультацию, раз'ясняя, какую это приносит пользу, и обещает зайти еще через некоторое время.

По возвращении с патронажного обхода акушерка переносит все данные о состоянии женщин, полученные во время посещений, в амбулаторные карточки. Еще лучше, если патронажный лист хранится вместе с амбулаторной карточкой, тогда врач при приеме беременной может полностью использовать данные патронажа.

От начала беременности до родов, если течение беременности нормально, производится 3 патронажных посещения, после родов, если роды были в стационаре — 2 посещения: сразу после выписки и через 1 — $1^1/_2$ месяца. Если роды были на дому, в течение первой недели после родов делается не менее 3 посещений и затем в ближайшие 2 месяца еще 2 посещения.

По истечении 2 месяцев после родов патронажные посещения ребенка и матери должна проводить сестра детской консультации, которой передается и патронажный лист.

САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНАЯ РАБОТА КОНСУЛЬТАЦИИ

Санитарно-просветительная работа консультации может быть индивидуальная и массовая. Индивидуальная санпросветработа сопровождает всю деятельность консультации. Давая совет и делая назначение, женщине раз'ясняют смысл и цель проводимых мероприятий и тем самым делают женщину сознательным помощником врача в борьбе за ее здоровье. Патронаж еще теснее связан с санитарно-просветительной работой. Ни один совет, данный при патронажном посещении, не может быть оставлен без раз'яснения, делающего понятным действительную необходимость рекомендуемого мероприятия.

Содержание индивидуальной санпросветработы не может быть предусмотрено; оно определяется лечебными и профилактическими мероприятиями, проводимыми в каждом данном случае. Проводится эта работа в форме раз'яснительной беседы.

Содержание массовой санитарно-просветительной работы, наоборот, не только может, но и должно быть предусмотрено и определяется общим планом, составленным на основании учета особенностей места и времени. Формы этой работы разнообразны. Одни из них более просты, другие более сложны и потому не всегда доступны. Здесь мы разберем только наиболее простые, общедоступные формы.

Основной формой санпросветработы является живое слово в виде лекции или беседы. Лекция или доклад, всесторонне освещающие какой-либо крупный вопрос, проводятся перед специально созванной аудиторией и должны быть тщательно подготовлены. План их строится так, чтобы слушателям стали ясны основные положения, о которых будет говорить докладчик. Для лекции нужно иметь написанные тезисы. Эти тезисы делжны быть краткими, чтобы лекция не превращалась в чтение по написанному, что очень снижает ее живость.

Во время лекции рекомендуется следить за аудиторией. Если лектор замечает, что его не понимают или что аудитория начинает терять интерес, он старается говорить понятнее и оживить внимание, для чего лучшим средством служат яркие, жизненные примеры.

Лекция не должна продолжаться более $1^1/_2$ часов; лучше уложиться в один час. Перерыва во время лекции делать не следует. Более продолжительные лекции с перерывом в середине могут иметь успех лишь у специально подобранной аудитории (курсы, кружки, медработники).

Беседа проводится с небольшим количеством слушателей и занимает небольшой отрезок времени (10—20 минут), поэтому и тема для беседы берется более узкая, являющаяся частью большой темы. Так, если лекция может быть прочитана на тему „Гигиена беременности“, то для беседы берутся темы „Питание беременной“, „Одежда беременной“ и т. п. При проведении беседы следует создавать атмосферу товарищеской близости между лектором и слушателями, избегая всякого рода официальности.

Беседы можно проводить в ожидальне консультации (перед приемом), в цехах и полевых бригадах во время перерывов работы, в палатах больниц, родильных отделений, колхозных роддомов и т. п.

Весьма оживляет беседу и лекцию демонстрирование экспонатов и картин. Лучше всего, если имеется проекционный фонарь с соответствующими диапозитивами, но следует использовать и всякие другие наглядные пособия, какие только можно достать: плакаты, диаграммы, рисунки в книгах и журналах. Однако в отдельных случаях неудачное применение их может нарушить порядок на лекции. Так, если во время лекции показать издали какой-либо мелкий рисунок или пустить его по рукам слушателей, часто начинается движение, шум, переговоры, и внимание отвлекается. Поэтому рекомендуется: диапозитивы заранее подобрать в порядке лекции и в тезисах точно отметить, когда их нужно показывать; то же самое предпринимается и в отношении других экспонатов. Таблицы и диаграммы также следует не вывешивать заранее, а показывать по мере надобности (лучше всего для этого иметь помощника). Заранее вывешенные таблицы и рисунки отвлекают внимание аудитории, а ко времени демонстрации они уже надоедают слушателям. Мелкие рисунки можно демонстрировать лишь при беседе с небольшим количеством слушателей, когда каждый хорошо видит все, не сходя с места. Большой аудитории мелкие рисунки лучше демонстрировать в конце лекции.

Иногда вся беседа проводится с группой лиц, осматривающих выставку. В таких случаях содержание и план бесед определяются выставленным материалом. Задача лектора при этом — дать последовательное изложение темы выставки, а не разрозненные об‘яснения отдельных экспонатов.

После лекции и беседы докладчик отвечает на вопросы. Очень часто эти вопросы выходят за пределы темы, тем не

менее на них следует отвечать. Отказ от ответа, замечание, что вопрос не на тему, снижает активность аудитории, между тем очень часто бывает, что во время ответов на вопросы удается провести гораздо большую санитарно-просветительную работу, чем во время беседы.

Беседы дают гораздо больший эффект, если они проводятся систематически с определенным контингентом слушателей в кружках. Кружки обычно создаются по принципу однородности интересов слушателей (новобрачные, молодые матери). При каждой консультации обязательно должна быть организована школа (кружок) молодых матерей.

Занятия кружка проводятся 1—2 раза в шестидневку (неделю) по определенному плану. Всю программу следует закончить самое большее в 10—12 занятий, так как слишком большое число занятий вызывает отсев слушателей, а иногда и распад кружка.

За каждое занятие кружок прорабатывает законченную тему, увязывая ее содержание с пройденным ранее. Руководитель закрепляет беседу в памяти слушателей, задавая им вопросы, а затем, если нужно, проводит практические занятия.

Выставка на темы ОММ необходима каждой консультации; экспонаты для нее, если нет возможности приобрести специально изготовленные, могут быть сделаны на месте. Для выставки можно использовать картины из журналов и фотоснимки, наклеенные на щит и снабженные четкими, понятными надписями.

Время от времени материал выставки должен частично обновляться, что придает всей выставке новизну и повышает интерес к ней. Снятый с выставки материал не уничтожается; через некоторое время он снова может быть помещен на выставку, лучше в несколько измененном виде.

Доска вопросов и ответов — простая и эффективная форма санпросветработы. Она должна быть хорошо оформлена и поставлена в светлом, доступном месте; краткие и понятные вопросы и ответы пишутся крупными печатными буквами. Около доски вешается ящик для вопросов.

Замена вопросов и ответов проводится через 1—2 недели, причем меняются половина-треть вопросов. Не следует менять все вопросы сразу так же, как и по одному. Перемена только одного вопроса остается малозаметной и не служит толчком к новому привлечению внимания.

Содержание вопросов и ответов — практические советы, применяемые в повседневной жизни. При этом нельзя ограничиваться только вопросами, полученными через ящик вопросов. Некоторая часть вопросов выдвигается самими работниками консультации.

Более общие вопросы ОММ, носящие общественный характер, освещаются стенной газетой консультации, которая выпускается приблизительно ежемесячно. Стенная газета должна быть красиво оформлена, раскрашена, снабжена рисунками, хотя бы вырезанными из журналов. Не следует делать газету слишком большой — это утомляет внимание и даже отпугивает читателя, особенно недостаточно хорошо владеющего техникой чтения. Следует также избегать длинных статей — их редко прочитывают до конца. Самая длинная статья должна иметь не более 25 строк, лучше всего ограничиваться 15 — 20 строками. Лучше всего до читателя доходит мысль, данная в картинке с краткой подписью или в серии таких картин.

Стенгазета пишется (не печатается на пишущей машине) крупными, печатными буквами; между строками и колонками следует оставлять большие промежутки — иначе газета имеет непривлекательный вид.

Содержание стенгазеты — вопросы ОММ в связи с жизнью и событиями на обслуживаемом консультацией участке, работа консультации и других учреждений ОММ, проводимые кампании и т. п. Местному материалу должна быть отдана большая часть газеты. Если получен новый материал, который нужно поместить немедленно, можно заменить часть газеты. Однако эта часть должна быть достаточно большой, чтобы всякий мог заметить, что газета обновлена.

Помимо своей стенной газеты работники консультации ведут санпросветработу через стенгазеты колхозов, сельсоветов и через районную газету. Любая работа по ОММ, проводимая консультацией, должна широко освещаться в местных газетах. И здесь помещаемый материал должен быть краток, конкретен, связан с жизнью читателей.

Существует ряд других форм санпросветработы (вечер вопросов и ответов, инсценировки и т. п.), но они применяются гораздо реже описанных, так как организация их представляет некоторые технические трудности и не всегда по силам небольшому учреждению.

Следующие формы санпросветработы можно считать выполнимыми и потому обязательными для каждой консультации. В стенах консультации это будут: беседы в ожидальне, доски вопросов и ответов, стенная газета, выставка и кружковая работа. Вне учреждения — лекции в клубах, в колхозах, на производстве, помещение статей в местной печати и в стенных газетах предприятий и колхозов, выступления с докладами на с'ездах, собраниях и совещаниях.

В заключение нужно отметить необходимость плана и учета массовой санитарно-просветительной работы.

План нужен для систематичности и регулярности работы. При отсутствии плана в работе всегда будут пропуски и забытые участки.

Учет помогает проверить результаты работы, критически оценить ее и использовать опыт при составлении планов и проведении последующей работы. Всю проделанную работу следует записывать немедленно; когда откладывают запись ее, или совсем забывают сделать или делают неточно. Записывают дату, форму и тему работы, затраченное время, число лиц, охваченных ею, наиболее важные особенности.

Записи используются для составления месячных и годовых сводок.

ВЫЕЗДНАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ

Лечебная и профилактическая работа консультации в сельскохозяйственном районе не может ограничиваться лишь пределами того населенного пункта, где консультация расположена; консультация должна иметь определенное число населенных пунктов в районе, где она ведет систематическую лечебно-профилактическую работу путем плановых выездов.

Для ведения выездной работы консультация должна использовать время, свободное от прямой работы в пределах районного центра.

Для плановой и бесперебойной выездной работы консультация должна иметь свой транспорт, что даст возможность построить план выездной работы сообразно с основной работой и сберечь время. (В крайнем случае необходимо договориться с райбольницей, где всегда имеются 2—3 лошади).

Для выездов необходимо избрать не более 3 пунктов, расположенных на расстоянии не далее 10 километров от райцентра; еще лучше выбирать пункты, где имеется средний медицинский работник, который помогает врачу и проводит назначения на дому. Выезды необходимо проводить в строго определенные дни, чтобы местный медработник мог подготовить и подобрать соответствующих женщин, организовать собрание женщин для намеченной лекции или беседы.

Выездная консультация должна бывать в каждом намеченном пункте не реже одного раза в месяц.

В пункты, где нет акушерки, с врачом выезжает и акушерка консультации.

Выезды должны быть построены с таким расчетом, чтобы к 9 часам утра быть на месте, так как задержка и опоздание срывают плановость работы. К этому времени местный медработник должен зарегистрировать намеченных посетительниц и подготовить медпункт к приезду врача, чтобы врач сразу же начал работу. В первую очередь принимаются женщины с патологической беременностью, затем вообще беременные и послеродовые, а затем уже гинекологические больные. Если выезжает и акушерка консультации, то она начинает свою работу с подворного обхода, беря на учет беременных и посещает послеродовых.

После приема врач консультации посещает колхозный роддом, где осматривает родильниц, беседует с ними и проверяет работу роддома. Затем собирает небольшое производственное совещание, на котором отмечает недочеты и дает установки. Врач также посещает беременных на дому.

Если устранение недочетов зависит от сельсовета или правления колхозов, врач договаривается с ними об этом.

В летнее время врач выезжает на поле, в бригады, где также проводит беседы, выявляет беременных и проверяет выполнение 14-го пункта сталинского устава с.-х. артели. Кроме того, посещает детучреждения.

В следующую шестидневку врач выезжает в другой колхоз, намеченный к обслуживанию выездной консультацией.

Во время выезда врач должен быть оснащен необходимым медоборудованием: тазомером, аппаратом для измерения кровяного давления, медикаментами. Для приема должно быть выделено специальное помещение.

В летнее время работу консультации нужно перестроить с таким расчетом, чтобы с 4 час. утра выехать в намеченный пункт.

Работу следует начать с полевых бригад, где во время утреннего завтрака проводить беседы, осматривать работающих в бригаде для выявления различных инфекций, уделяя особое внимание женщинам, среди которых часто удается обнаружить и беременных, подлежащих декретному отпуску, но работающих еще в поле; выявляются также беременные на 6-м месяце, которые должны переводиться на более легкие работы. Если на полевых работах участвуют женщины, слишком рано начавшие работу после родов, их необходимо отпустить, согласовав это с бригадиром и выдав об этом соответствующие справки.

Затем проверяется работа роддома. Примерно, с 10 часов начинается прием на участке, где местная акушерка должна подготовить к приему беременных, послеродовых и детей. На этот прием тратится 4-5 часов. В дальнейшем обследуются детучреждения.

Акушерка консультации тем временем, раз‘езжая на лошадях, проводит патронаж указанных заранее женщин. В случае выявления патологической беременности или п о с л е р о д о в о г о п е р и о д а, к больной выезжает врач.

КОНСУЛЬТАЦИЯ — ОРГАНИЗАТОР РОДОВСПОМОЖЕНИЯ В РАЙОНЕ

Районная консультация является организатором и руководителем работы по ОММ во всем районе. Поэтому в ее обязанности входит и забота об улучшении родовспоможения в районе. Консультация помогает райздравотделу планировать рост учреждений родовспоможения района и следить за правильностью их работы.

Особое внимание консультация уделяет колхозным родильным домам и акушерским пунктам, принимая участие в их организации и налаживая в них работу.

Наметив вместе с райздравом точки, где должны быть открыты колхозные родильные дома, врач консультации лично выезжает в эти колхозы, проводит там собрания, выступая с соответствующими докладами, принимает участие в подборе помещения и дает указания, как перепланировать и оборудовать это помещение мебелью, мягким и твердым инвентарем, инструментарием и медикаментами. Когда роддом подготовлен к открытию, врач консультации производит осмотр помещения, проверяя, выполнены ли его указания. Если помещение признано годным, роддом может быть открыт.

Перед началом работы роддома весь его персонал подробно инструктируется врачом консультации.

В таком же порядке проходит открытие нового акушерского пункта.

Консультация постоянно контролирует и руководит работой как вновь открытых, так и давно работающих колхозных роддомов и акушерских пунктов. Этот контроль и руководство осуществляются многими способами. Самый лучший из них — периодическое, планомерное посещение врачом консультации всех этих учреждений. Во время таких посещений проверяется санитарное состояние родильных домов и акушерских пунктов и окружающей их территории, проверяется и учитывается их работа; в колхозном родильном доме во время посещения делается врачебный обход и просматриваются все истории родов и журнал, не просмотренные врачом ранее. Врач должен ознакомиться и с организацией питания родильниц. После проверки работы учреждения врач беседует с аку-

шеркой, указывает ей дефекты работы и меры к их исправлению и намечает вместе с нею план дальнейшей работы. Особенное внимание как при проверке, так и при составлении плана уделяется профилактической работе.

Проверив и обсудив работу с акушеркой, врач консультации посещает сельсовет и правления колхозов, где ставит вопрос об удовлетворении нужд родильного учреждения и о мероприятиях для улучшения его хозяйственного обслуживания.

Такая работа проводится в акушерских пунктах и роддомах, не имеющих повседневного врачебного контроля, не менее одного раза в квартал. Личная проверка работы колхозных роддомов и акушерок при врачебно-амбулаторных участках проводится 2 раза в год в присутствии врача этого участка, который отвечает за всю работу, проводимую акушеркой. В таких учреждениях разрешение хозяйственных вопросов с местными организациями может быть поручено заведующему амбулаторией.

Свои впечатления о работе обследованного учреждения врач консультации сообщает заведующему райздравом и вместе с ним намечает меры для улучшения состояния и работы этого учреждения.

Такие посещения являются лучшим способом для контроля и руководства работой, но практически невозможно делать их настолько часто, чтобы другие виды контроля и руководства сделались излишними. Поэтому врачу консультации следует просматривать все месячные отчеты родильных учреждений и добиться, чтобы акушерки роддомов и акушерских пунктов не реже чем раз в квартал являлись в консультацию с подробными отчетами о своей работе.

Не менее двух раз в год врач консультации должен посещать родильные отделения и родильные палаты больниц, знакомиться с их состоянием и работой и проводить после этого производственные совещания обслуживающего персонала. На этих совещаниях выявляются дефекты работы и намечаются способы их устранения. О состоянии обследованного учреждения и принятых мерах врач консультации сообщает заведующему райздравом.

Взаимоотношения консультации с родильным отделением районной больницы и территориально близкими колхозными роддомами описаны в главах „Работа консультации" и „Выездная работа консультации".

Не менее двух раз в год созываются районные с'езды по родовспоможению или наиболее важные вопросы родовспоможения (обезболивание родов, профилактическая работа и т. п.). ставятся на районных с'ездах медработников.

Консультация организует повышение квалификации акушерок, работающих в колхозных роддомах и на акушерских пунктах путем созыва краткосрочных курсов-конференций и путем временного обмена акушерками (на 2—3 недели) между колхозными роддомами и хорошо поставленными родильными отделениями больниц.

На курсах-конференциях делаются доклады по наиболее важным разделам работы акушерок и заслушиваются их отчеты о проделанной работе.

Некоторые разделы работы учреждений родовспоможения районов нуждаются в постоянном внимании консультации. Сюда относятся прежде всего: борьба с абортсм, проверка выполнения 11-го, 12-го и 14-го пунктов устава сельхозартели и помощь многосемейным.

О борьбе с абортом подробно сказано в соответствующей главе.

Проверка выполнения 11-го, 12-го и 14-го пунктов устава сельхозартели проводится всеми учреждениями родовспоможения систематически. Консультация получает от них сведения о количестве имеющихся на учете беременных, числе выданных справок об освобождении от работы и о результатах проверки их выполнения колхозами. При получении сведений о нарушениях этих пунктов консультация принимает меры к защите интересов женщин.

Все многосемейные, имеющие право на получение государственного пособия, учитываются консультацией или непосредственно (в своем участке) или через соответствующие учреждения родовспоможения. Консультация помогает им юридическим советом, следит за ходом их дела в районных учреждениях и обеспечивает им осуществление их прав.

Консультация является консультативным органом по вопросам родовспоможения в районе. Она дает всем работникам района, особенно акушеркам, советы по всем вопросам организационного и медицинского характера, связанным с их работой. Если консультация затрудняется сама разрешить какой-либо вопрос, она должна запросить областные органы (управление ОММ облздравотдела, Институт ОММ), и в конце концов дать соответствующие указания.

Наконец, консультация помогает учреждениям родовспоможения отстаивать их интересы перед районными учреждениями и организациями.

КОНСУЛЬТАЦИЯ И БОРЬБА С АБОРТОМ

В борьбе с абортом консультации принадлежит первое место среди других учреждений ОММ. Полная и немедленная ликвидация любых видов подпольного аборта—боевая задача консультации. Разрешению этой задачи необходимо уделить максимум усилий.

Консультация ведет на обслуживаемом участке точный учет всех случаев неполных абортов как проходящих через консультацию, так и поступающих непосредственно в стационар. Путем такого учета удается выявить селения и участки, где подпольный аборт встречается более часто, с тем, чтобы в дальнейшем при проведении противоабортной работы уделить им особое внимание.

В каждом отдельном случае и особенно в подозрительном в смысле криминального происхождения следует приложить все усилия для выяснения этиологии этого случая. Если удается получить сведения о лице, делавшем аборт, они передаются для дальнейшего расследования органам прокуратуры и милиции, причем консультация должна постоянно следить за ходом дела, всемерно стараясь его ускорить. Наконец, когда следствие закончится и будет назначен суд, необходимо приложить все усилия, чтобы сделать его показательным. Для этого суд проводится в такое время и в таком месте, чтобы была возможность привлечь на суд широкие массы населения, которые должны быть заранее оповещены о нем. Работники консультации стараются выступить на суде в качестве общественных обвинителей, экспертов или свидетелей и используют это выступление для агитации против аборта.

Иногда выявить источник аборта от пострадавших женщин оказывается невозможным. В таком случае следует обратиться к помощи женского актива, который, благодаря тесной связи с населением, может собрать нужные сведения.

Не менее важной для борьбы с абортом является деятельность консультации по созданию условий, обеспечивающих женщине возможность быть матерью без ущерба для ее интересов. На первом месте здесь стоит работа по орга-

низации учреждений, облегчающих материнство—родильных домов, яслей, детских площадок и т. п.

Большое значение имеет также защита интересов матери и ребенка, осуществляемая путем юридической консультации. Сюда входят защита прав беременной и матери, помощь в установлении отцовства и в получении алиментов.

Наконец, работа по распространению противозачаточных средств среди женщин, которые по какой-либо причине (грудной ребенок, учеба и т. п.) в данный момент вынуждены временно отказаться от материнства, также должна быть использована как мера борьбы с абортом.

Работа в абортной комиссии—весьма важное звено в цепи мероприятий, направленных против аборта. Эта комиссия организуется обычно при консультации, и ведущая роль в ней, а потому и главная ответственность за ее работу, выпадает на долю врача консультации, который обязан следить за тем, чтобы комиссия также вела самую активную борьбу с абортом (см. инструкцию в приложениях).

Районная консультация не только борется с абортом сама, но и мобилизует для этой борьбы все медучреждения и всех медработников района.

Все медучреждения ведут такую же борьбу с абортом, как и консультация, а последняя помогает им в этой работе и контролирует ее. Врач консультации должен быть осведомлен о том, сколько случаев неполного аборта наблюдалось в каждом учреждении, какие меры приняты для выяснения причин этих абортов и для выявления лиц, производящих криминальный аборт.

Если каким-либо медучреждением будет собран и передан соответствующим органам материал о криминальном аборте, консультация принимает участие в наблюдении за дальнейшим ходом этого дела.

Для успешности борьбы с абортом, которую проводит консультация, необходима мобилизация на эту борьбу всех трудящихся и особенно женщин. Привлечение трудящихся осуществляется путем массовой санитарно-просветительной и организационной работы. Противоабортная санитарно-просветительная работа проводится не только среди женщин, но и среди мужчин, так как последние нередко очень легкомысленно смотрят на аборт. Следует добиться, чтобы мужчины поддерживали консультацию в борьбе с абортом, и в первую очередь в своей семье.

Для борьбы с абортом используются все формы санпросветработы. Устраиваются лекции в клубах, в колхозах, на предприятиях, проводятся вечера вопросов и ответов, беседы в ожидальне консультации и бригадах. Газеты стен-

ные и печатные также должны быть использованы для агитации против аборта так же, как и имеющаяся в консультации доска вопросов и ответов. Очень хорошо устроить маленькую выставку (рисунки, муляжи), наглядно показывающую опасность и вред аборта. Цель всей этой работы раз'яснить широким массам населения, какой огромный вред наносит аборт здоровью женщин и всему обществу и обеспечить консультации поддержку населения в борьбе против аборта.

ФИЗИОЛОГИЯ ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ

В половой жизни женщины можно различить 3 периода: 1) детство, 2) чадородный период, 3) климактерический период, или период полового увядания. Между детством и чадородным возрастом следует отметить краткий период полового созревания; между чадородным возрастом и климактерием— предклимактерический период. Время полового созревания, обычно совпадающее с появлением менструации, находится в зависимости от целого ряда моментов. Уроженки южных стран начинают менструировать раньше северянок. У жительниц городов менструация наступает несколько раньше, чем у сельчанок. Первая менструация в наших широтах наступает, в среднем, в $14^1/_2$—15-летнем возрасте. Но известны случаи и преждевременного полового созревания; описано появление менструации в 10, в 8 и даже в 5 лет. В 1931 г. в Харькове проф. Хажинский наблюдал роды у $6^1/_2$-летней девочки. Во многих случаях преждевременное половое созревание связано с наличием опухоли эндокринных органов: гипофиза, надпочечника, яичника. Случаи позднего полового созревания в 17, 18 и позже лет встречаются значительно чаще преждевременного полового созревания и обычно составляют одно из появлений инфантилизма.

Чадородный возраст разделяется на отдельные периоды — менструальные циклы. Менструальным циклом мы называем промежуток времени от начала одной менструации до начала следующей.

Длительность менструального цикла колеблется в значительных пределах от 20 до 40 дней; но в большинстве случаев менструации приходят каждые 26—30 дней.

На всем протяжении цикла как в половой сфере, так и во всем организме происходят периодические изменения, с закономерностью повторяющиеся из месяца в месяц. Органом, регулирующим деятельность женской половой сферы, является передняя доля гипофиза, которая наряду с целым рядом инкретов, выделяет и „половой гормон“, названный Цондеком проланом. Под влиянием последнего и происходят циклические изменения в яичнике. По представлению Цондека, существуют 2 фракции пролана: пролан А, вызываю-

щий созревание фоликула, и пролан B, ведающий функцией желтого тела. На основании новейших исследований допускается

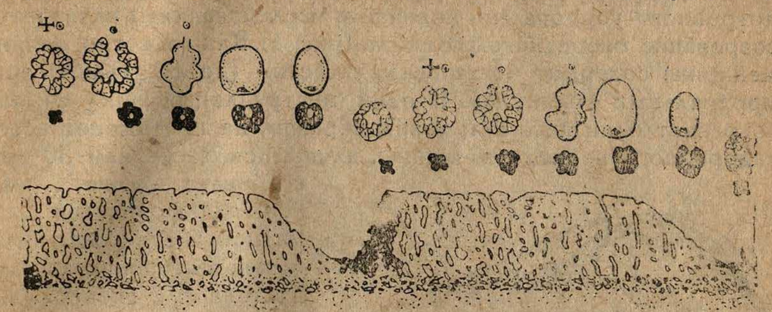


Рис. 1. Менструальный цикл (из Шредера).

Рис. 2. Зрелый фоликул (из Котта).

существование единого гонадотропного гормона передней доли гипофиза; меньшие количества его вызывают созревание фоликула, большие — функцию желтого тела.

С началом каждого менструального цикла под влиянием пролана А (по Цондеку) или небольших количеств гонадотропного гормона (по новейшим исследованиям) начинается созревание очередного фоликула (рис. 1). Как известно, яичник женщины содержит большое количество (до 80 тысяч) примордиальных фоликулов. В один меструальный цикл обычно созревает один фоликул; таким образом, на протяжении всего чадородного периода женщины, длящегося в среднем 30 лет, созревает всего лишь 300—400 фоликулов. Громадное же большинство остальных фоликулов запустевает и гибнет. Эпителиальные клетки, составляющие массу фоликула, с началом его созревания расплавляются; образующееся пространство в центре фоликула замещается фоликулярной жидкостью. В зрелом состоянии фоликул покрыт двумя соединительнотканными оболочками: 1) theca folliculi externa, состоящей, главным образом, из соединительнотканных волокон и богатой сосудами, и 2) theca folliculi interna, состоящей, по преимуществу, из соединительнотканных клеток. Кнутри от theca folliculi эпителиальные клетки располагаются в несколько слоев, образуя zona granulosa. В одном участке зрелого фоликула, обычно на полюсе, противоположном свободной поверхности яичника, скопление эпителиальных клеток образует яйценосный бугорок — Cumulus oophorus, в центре которого расположена яйцеклетка. Зрелый фоликул своим свободным полюсом выступает над поверхностью яичника; оболочка последнего в этом месте истончается, лишается сосудов и в конце концов разрывается; через образовавшееся отверстие выталкивается яйцеклетка — наступает овуляция (рис. 2). Последняя происходит обычно посреди менструального цикла на 14—16-й день его; однако целый ряд наблюдений позволяет думать о том, что овуляция может происходить и в другие дни цикла. Наши наблюдения, сделанные при ляпаротомиях, свидетельствуют о том, что овуляция имеет место между 7 и 19 днями цикла.

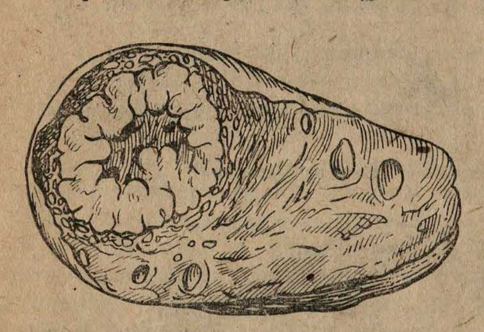


Рис. 3. Желтое тело (из Котта).

Из лопнувшего фоликула образуется желтое тело. Из соединительнотканных оболочек фоликула соединительнотканные элементы и капилляры проникают между остатками эпи-

телиальных клеток; в стадии расцвета желтого тела по всей внутренней поверхности его образуется соединительнотканная

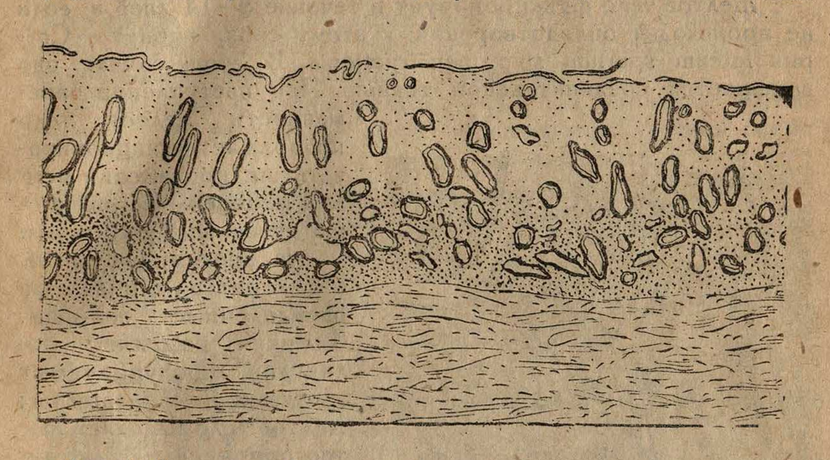


Рис. 4. Слизистая оболочка матки в начале стадии пролиферации (из Котта).



Рис. 5. Слизистая оболочка матки в конце стадии пролиферации (из Штеккеля).

оболочка; от последней отходят перегородки, разделяющие всю массу эпителиальных клеток на отдельные участки. Каждая эпителиальная клетка окружается капиллярной сетью; другими словами, получается образование, по своему строению

напоминающее железу внутренней секреции, каковой, в сущности, желтое тело и является (рис. 3).

Желтое тело функционирует в течение 8—14 дней и, если не происходит оплодотворения, к этому сроку гибнет — Corpus luteum spurium sive menstruationis. В этом случае оно замещается соединительной тканью. При наступлении беременности желтое тело продолжает функционировать на протяжении первых месяцев—Corpus luteum verum sive graviditatis.

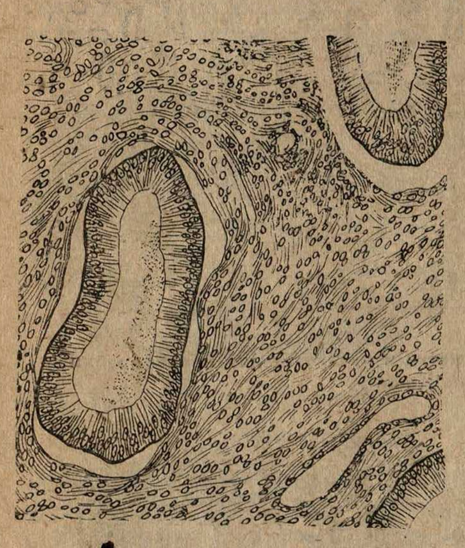


Рис. 6. Железы матки в стадии пролиферации (из Котта).

И зреющий фоликул и желтое тело выделяют определенные гормоны. Фоликул выделяет фоликулин, продуцируемый клетками thecae internae; желтое тело выделяет лютеогормон или лютин, продуцируемый клетками zonae granulosae, превращающимися в лютеиновые клетки.

Циклические изменения слизистой оболочки матки связаны с указанными гормонами яичника. Под влиянием фоликулина в слизистой оболочке матки происходят явления разрастания — стадия пролиферации; под влиянием лютеогормона — явления секреции — стадия секреции. Слизистая оболочка матки покрыта одним слоем цилиндрических эпителиальных клеток; толща ее состоит из желез, выстланных таким же эпителием, и соединительнотканной стромы. Слизистая оболочка матки на протяжении менструального цикла претерпевает ряд изменений, в основном сводящихся к следующему. Эпителий, покрывающий слизистую оболочку, в начале цикла — невысокий, с ядрами посредине; мерцательные реснички сохраняются на всем протяжении слизистой. Железы имеют прямолинейное направление. Соединительнотканные клетки стромы очень бедны протоплазмой (рис. 4).

Все перечисленные элементы под влиянием фоликулина разрастаются; в конце стадии пролиферации, совпадающей по времени с овуляцией, слизистая представляет следующую картину. Покровный эпителий и эпителий желез стал значи-

тельно выше, ядро заняло эксцентричное положение, ближе к основанию; мерцательные реснички сохранены еще на всем протяжении. Железы представляются извитыми, с параллельными, однако, стенками. Количество протоплазмы соединительнотканных клеток несколько увеличилось (рис. 5, 6).

С началом функции желтого тела под влиянием лютеогормона в слизистой оболочке наблюдаются явления секре-

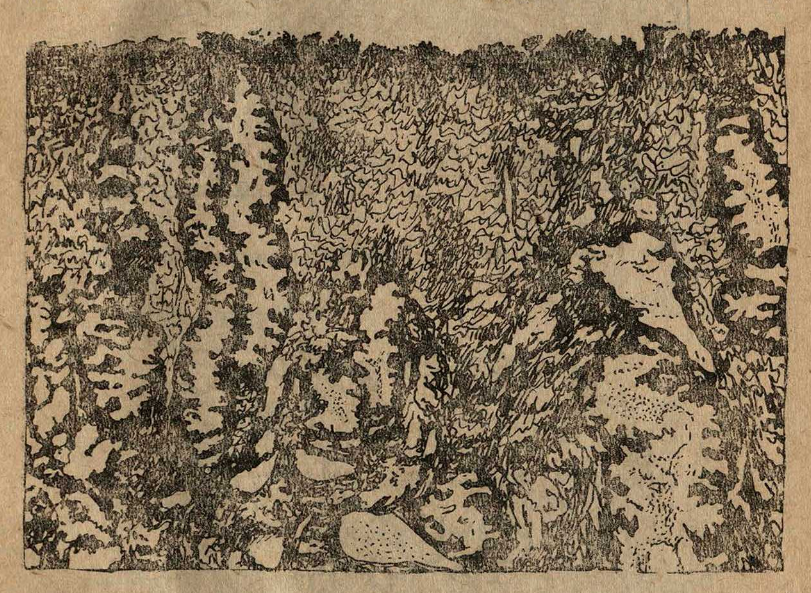


Рис. 7. Слизистая оболочка матки в стадии секреции (из Штеккеля).

ции. Эпителиальные клетки увеличились в об'еме, разбухли, благодаря накопившемуся в них секрету. Ядра секретом оттеснены к основанию. Наружная поверхность некоторых клеток разорвалась и дала выход секрету; мерцательные реснички на многих участках слизистой оболочки матки исчезли. Клетки стромы значительно обогатились протоплазмой и напоминают собой децидуальные клетки. Железы не только извиты, но и раздуты, растянуты выполняющим их просвет секретом (рис. 7, 8).

Благодаря этому слизистая оболочка становится сочной, рыхлой, представляющей прекрасное ложе для могущего быть оплодотворенным яйца; это дало повод назвать такую слизистую прегравидной. В этой стадии ясно заметно деление слизистой оболочки на два слоя: верхний, наиболее толстый — функциональный слой и нижний — базальный слой. С началом

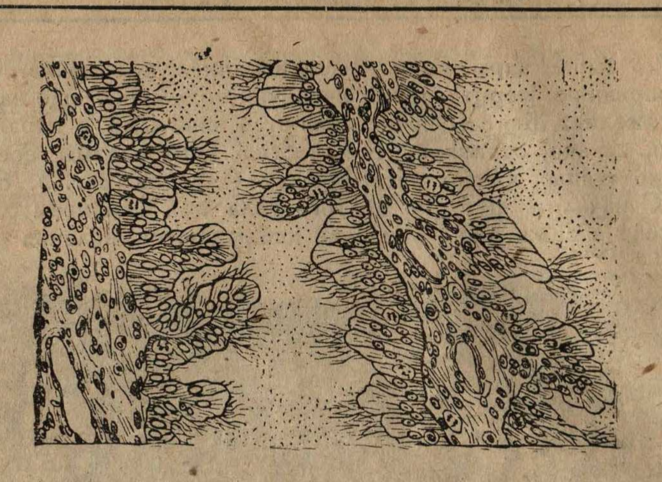


Рис. 8. Железы матки в стадии секреции (из Котта).

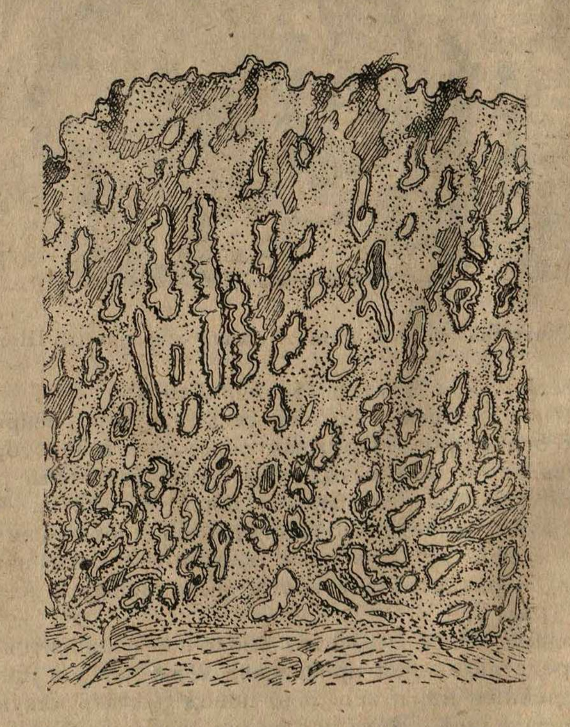


Рис. 9. Слизистая оболочка матки в начале менструального кровотечения (из Котта).

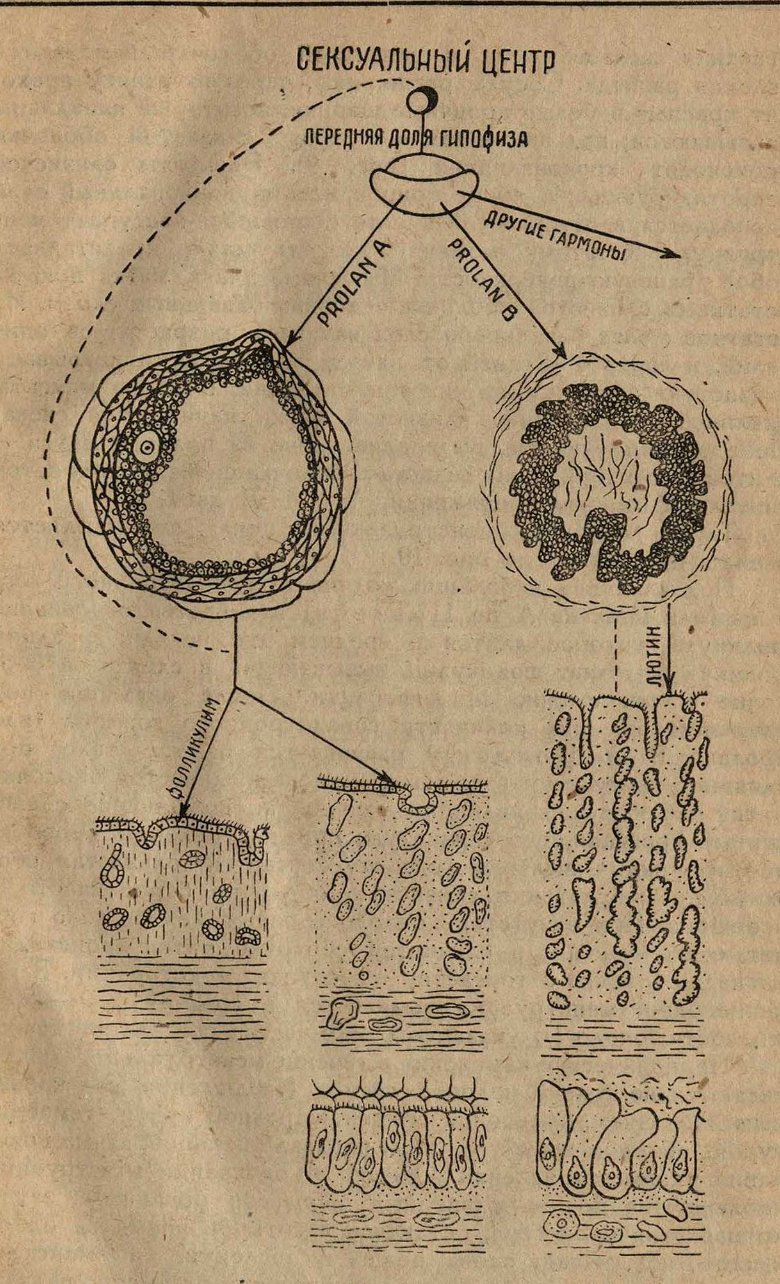


Рис 10. Взаимоо ношения между отдельными фазами менструального цикла.

угасания желтого тела в слизистой оболочке намечаются явления распада. Сосуды расширены, через их стенку проходят красные и белые кровяные шарики; некоторые капилляры разрываются; под эпителием и в толщу слизистой оболочки происходят кровоизлияния (рис. 9). Элементы слизистой некротизируются; в конце концов, весь функциональный слой распадается и отторгается вместе с кровью — наступает менструация. К этому моменту полость матки представляет собой раневую поверхность. Мышечный пласт матки покрыт остатками слизистой оболочки — тонким базальным слоем. Из остатков желез базального слоя начинает разрастаться эпителий, и через 4—8 дней от начала менструации покрывает слизистую оболочку на всем протяжении; с этого момента циклические изменения слизистой матки начинаются снова. Менструация — вернее, выделение крови из полости матки — длится до тех пор, пока слизистая оболочка снова не покроется эпителием на всем протяжении, т. е. 4—8 дней.

Таким образом, менструальный цикл представляется в виде, показанном на рис. 10.

Под влиянием небольших количеств гонадотропного гормона (или пролана А по Цондеку) начинается созревание фоликула, которое длится в среднем две недели; зреющий фоликул выделяет фоликулин, вызывающий в слизистой оболочке матки стадию пролиферации. После овуляции под влиянием больших количеств гонадотропного гормона (или пролана В по Цондеку) развивается желтое тело; под влиянием выделяемого им лютеогормона в слизистой оболочке матки наблюдаются явления секреции, превращающие слизистую в прегравидную слизистую; при наступлении беременности функция желтого тела продолжается, слизистая оболочка превращается в слизистую оболочку беременности — в decidua. При отсутствии оплодотворения желтое тело гибнет, с его гибелью в слизистой оболочке матки происходит распад; оболочка отторгается — наступает менструация. В течение одной менструации выделяется в среднем 200—250 г жидкости; около $^1/_4$ указанного количества составляет кровь.

Периодические изменения в течение менструального цикла касаются не только половой сферы. Наблюдения над кровяным давлением, пульсовой волной, картиной крови, температурой, обменом веществ и т. д. показали волнообразные колебания указанных явлений. Обычно по окончании менструации наблюдается под'ем жизненных процессов организма; затем кривая этих процессов, оставаясь некоторое время на одной высоте, испытывает снова под'ем в последние дни менструального цикла; с наступлением месячных кривая быстро падает.

ОПЛОДОТВОРЕНИЕ И РАЗВИТИЕ ЯЙЦА И ИЗМЕНЕНИЯ В ОРГАНИЗМЕ БЕРЕМЕННОЙ

Оплодотворение (зачатие) происходит путем слияния женской и мужской половой клеток — яйца и сперматозоида. Сперматозоиды в количестве 200—500 млн. поступают во влагалище женщины при половом сношении и скопляются в заднем своде. Отсюда они устремляются навстречу яйцу, так как обладают способностью к активным движениям.

В шейке матки сперматозоидов находили уже через 5 минут после полового сношения, а весь путь до ампулярной части трубы, где происходит чаще всего оплодотворение, сперматозоид может пройти за $1^1/_2$—2 часа.

Считают, что сперматозоиды, попавшие в половые органы женщины, остаются живыми 2—3 дня, но отмечены случаи и большей продолжительности их жизни (до 15 дней).

Продолжительность жизни яйца определяется в 3—4 дня.

Ряд наблюдений дает основание утверждать, что зачатие может наступить в любое время менструального цикла, но чаще всего оно наступает после половых сношений, имевших место на 7—19-й день от начала менструации.

Благодаря химиотаксису сперматозоиды подходят к яйцу, и один из них, а иногда и несколько, проникают в него. Однако, оплодотворяет яйцо только один сперматозоид, остальные же быстро погибают. После оплодотворения вокруг яйца развивается оболочка, препятствующая проникновению новых сперматозоидов.

При оплодотворении сливаются ядра сперматозоида и яйца, а центросомы сперматозоида, расходясь, образуют ахроматическое веретено, способствующее делению ядра и клетки. Так оплодотворение переходит в деление (дробление). Оплодотворенное яйцо, продолжая дробиться, спускается в полость матки. Продвижение яйца по фалопиевой трубе обусловливается ее перистальтическими сокращениями (в истмической части) и мерцанием ресничек трубного эпителия (в ампулярной части). При дроблении из одной клетки получается морула — кучка клеток, окруженная общей оболочкой. Наружный ряд клеток морулы образует трофобласт (питающий слой), клетки, лежащие внутри — эмбриобласт — зачаток, из

которого развивается зародыш. Вскоре внутри морулы появляется наполненная жидкостью полость, и морула превращается в бластулу. К этому времени растворяется zona pellucida, и яйцо, покрытое теперь трофобластом и спустившееся в полость матки, прививается к разрыхленной слизистой оболочке.

Главную роль при этом играет трофобласт. Его клетки

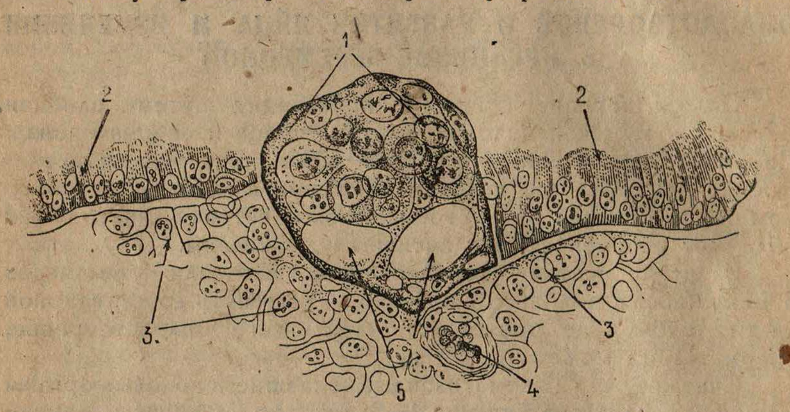


Рис. 11. Имплантация яйца морской свинки (из Spee: 1—яйцо; 2—эпителий; 3—клетки соединительной ткани; 4—капиллярный сосуд; 5—полость в яйце.

содержат фермент, растворяющий слизистую оболочку матки, благодаря чему яйцо погружается в толщу слизистой (рис. 11).

Место внедрения яйца покрывается сначала сгустком крови, а затем разрастающейся слизистой оболочкой (рис. 12). Вещество растворенных ферментом клеток используется для питания яйца. Клетки эмбриобласта, размножаясь, образуют три слоя: энтодермальный, мезодермальный и эктодермальный.

Находящийся в полости матки плод окружен тремя оболочками: отпадающей, ворсистой и водной (рис. 13).

Наружная — отпадающая оболочка (decidua) образуется из слизистой оболочки матки под влиянием воздействия развивающегося яйца. В ней различают три участка. Основной отпадающей оболочкой (decidua basalis) называют ту часть ее, которая образовалась на месте прикрепления яйца, между ним и прилежащей стенкой матки. Этот отдел, разрастаясь, образует материнскую часть детского места. Отпадающая оболочка, покрывающая остальную поверхность полости матки, называется истинной или пристеночной (decidua vera s. parietalis). Участок, закрывший дефект на месте имплантации яйца, на

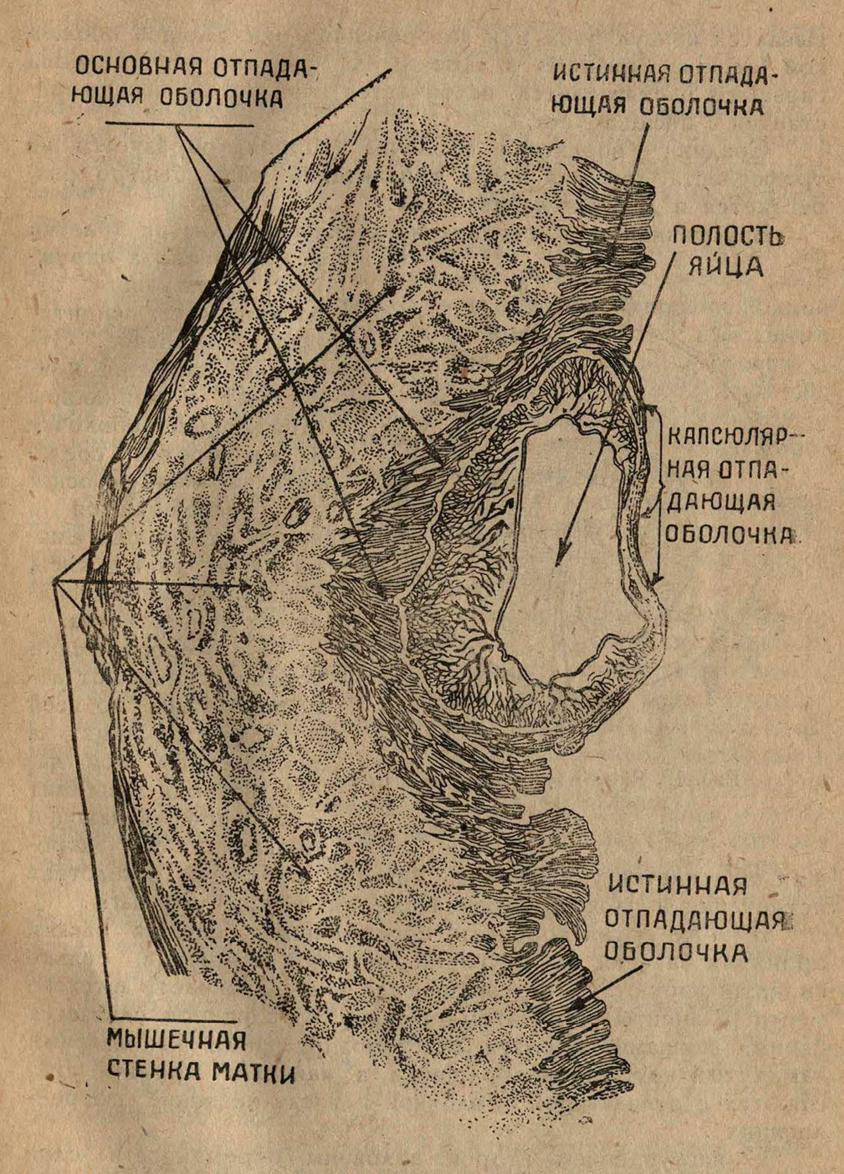


Рис. 12. Разрез яйца на 6-й неделе беременности (из Бумма).

зывается капсулярной или завороченной отпадающей оболочкой (decidua capsularis s. reflexa). С ростом яйца decidua capsularis растягивается, истончается и на пятом месяце срастается с decidua vera.

Средняя — ворсистая оболочка (хорион) образуется из трофобласта, который после имплантации яйца быстро разрастается и делится на два слоя.

Внутренний слой состоит из кубических клеток (клетки Ланганса), а наружный, образующий отростки, имеет синцитиальное строение. Отростки синцития прорастают в капилляры отпадающей оболочки и, приобретая соединительнотканную основу, превращаются в ворсинки хориона, а капилляры, расширяясь, образуют межворсинчатые пространства.

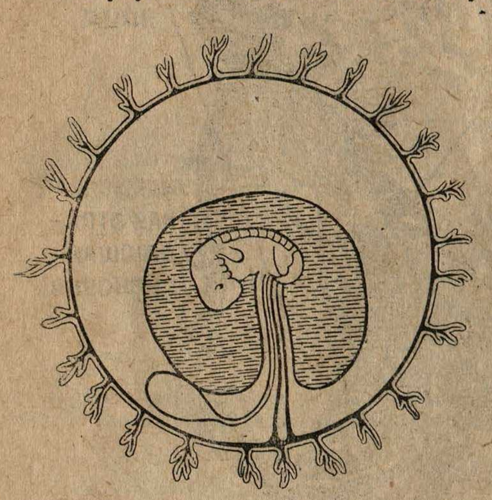


Рис. 13. Яйцо млекопитающего (из Koelliker'а).

Со второго месяца ворсинки начинают атрофироваться по всей поверхности яйца, за исключением той части, которая прилежит к основной отпадающей оболочке. Эта атрофия об'ясняется ухудшением питания ворсинок, вследствие истончения и плохого кровоснабжения decidua capsularis.

В то же время ворсинки, погруженные в decidua basalis, принимая на себя все функции питания зародыша, сильно гипертрофируются и превращаются в плодную часть детского места (плаценты). При этом большинство ворсинок сливается своими концами, образуя анастомозирующими капиллярами замкнутый круг кровообращения, а наиболее крупные срастаются с отпадающей оболочкой и носят название „закрепляющих".

С наступлением второй половины беременности слои клеток Ланганса начинают истончаться и, наконец, исчезают, и ворсинки покрывают только синцитий. Отдельные участки синцития, проникая глубоко в отпадающую оболочку — а иногда и в миометрий, могут отрываться и уноситься током крови в отдаленные органы. Decidua basalis с развитием пла-

центы истончается и образует соединительнотканные перегородки, делящие плаценту на доли (kotyledones).

Внутренняя — водная оболочка (амнион) развиваетсн из эктодермального листка эмбриобласта при образовании амниальной полости. Она плотно прилегает к трофобласту (хориону), пуповине (ножке плода и атрофированному желточному пузырю) и образует полость для продуцируемых ею околоплодных вод.

Амниальная полость, окруженная водной оболочкой, наполнена жидкостью — плодными водами (амниотической жидкостью). Эта жидкость является продуктом секреции водной оболочки плода. Околоплодные воды содержат небольшое количество белка (0,18%), соли (0,6%), мочевины, креатина, креатинина и ферментов; их удельный вес от 1002 до 1020. Лишь в конце беременности в них появляются: небольшое количество мочи, волоски, клетки эпидермиса плода и жировые комочки, отделяющиеся от сыровидной смазки.

Околоплодные воды обеспечивают свободное развитие плода, препятствуют сращению его кожи с амнионом, защищают плод от внешних толчков и ослабляют толчки в стенку матки, возникающие при движении плода.

Так как замечено, что плод периодически глотает плодные воды, некоторые считают, что амниотическая жидкость служит также и для питания плода, что весьма сомнительно, особенно если принять во внимание ее химический состав. Развитие плода из оплодотворенного яйца завершается в среднем в течение 280 дней (10 лунных месяцев, 40 недель). Однако небольшие отклонения (до 15 дней) от этой средней величины встречаются весьма часто, а иногда роды вполне нормальным плодом происходят после беременности, которая была на 1—2 месяца короче или продолжительнее нормальной. Так, по материалам акушерско-гинекологической клиники Воронежского мединститута, в 22% случаев (из 1 316) продолжительность беременности отличалась от средней величины на 15 дней и больше, а в 6% даже более чем на месяц.

В процессе развития плод быстро увеличивается. Его длина к концу 1 мес. беременности 1 *см*, в 2 мес. — 4 *см*, в 3-м — 9, в 4-м — 16, в 5-м — 25, в 6-м — 30, в 7-м — 35, в 8-м — 40, в 9-м — 45 и на 10-м месяце, т. е. к концу беременности — 50 *см*.

По Гаазе, длина плода в сантиметрах в первые 5 месяцев равна квадрату числа месяцев беременности, а во вторую половину беременности — числу месяцев, умноженному на 5.

Одновременно с ростом плода изменяется его строение. В конце первого месяца у зародыша нет никаких зачатков органов, и лишь в течение второго месяца он превращается

в человекоподобный организм. Поэтому первые два месяца зародыш называют эмбрионом, и лишь с начала третьего месяца — плодом.

К концу третьего месяца наружные половые органы начинают дифференцироваться в соответствии с полом, конечности оформляются и приобретают способность к движению, на них ясно выражены пальцы, имеющие зачатки ногтей. К концу 4-го месяца ясно выражен пол плода.

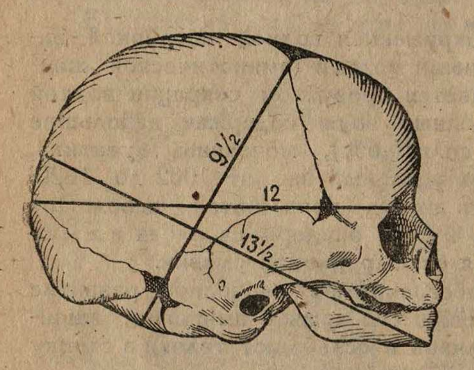


Рис. 14. Череп новорожденного сбоку (из Бумма).

Плод, рожденный после 39-й недели, называется доношенным и имеет обычно все признаки зрелого плода. Длина зрелого плода 49 — 52 *см*, средний вес 3 200 — 3 500 *г*. Кожа его равномерного бледнорозового цвета, без пушка (lanugo), голова покрыта волосами до 2 *см* длины, ресницы и брови ясно выражены, ногти на руках и на ногах покрывают концы пальцев, подкожная жировая клетчатка хорошо развита. У мальчиков яички опущены в мошонку, у девочек закрыта половая щель (клитор и малые губы почти не видны). Зрелый новорожденный громко кричит и оживленно двигает конечностями. Головка новорожденного более кругла, чем голова взрослого, так как лицевая часть ее слабо развита. Черепные кости новорожденного не сращены между собой, а разделены не имеющими костной ткани швами и родничками. Швов четыре: лобный — между лобными костями, венечный — между лобными и теменными, стреловидный — между теменными и ламбдовидный — между теменными и затылочной костью. Роднички образуются на месте схождения швов, их шесть: большой или лобный, ромбовидной формы, лежит на месте пересечения стреловидного и венечного швов; малый — на месте слияния стреловидного и ламбдовидного швов; 2 клиновидных и 2 сосцевидных родничка, лежащие по бокам головки, в акушерстве значения не имеют. Головка зрелого плода имеет следующие размеры: прямой — от glabella до выдающейся части затылка — 12 *см*; большой косой — от подбородка до отдаленной точки затылка — 13,5 *см*; малый косой — от позатылочной ямки до большого родничка — 9,5 *см*; большой поперечный — между буграми теменных костей —

9,5 *см*; малый поперечный — между наиболее отдаленными точками венечного шва — 8 *см*; лобно-затылочная окружность — 34 *см*, подбородочно-затылочная окружность — 35 *см* Окружность плечиков плода — 35 *см*, таза — 27,5 *см* (рис. 14 и 15).

Плод в полости матки плавает в околоплодной жидкости, заключенной в плодной камере (мешке).

Различают членорасположение, положение, предлежание и позицию плода

Членорасположением плода называют взаимоотношения частей его тела. При нормальном членорасположении головка плода умеренно пригнута к груди, спинка несколько согнута, ручки могут быть скрещены на груди, ножки согнуты в коленях и иногда приведены к животу.

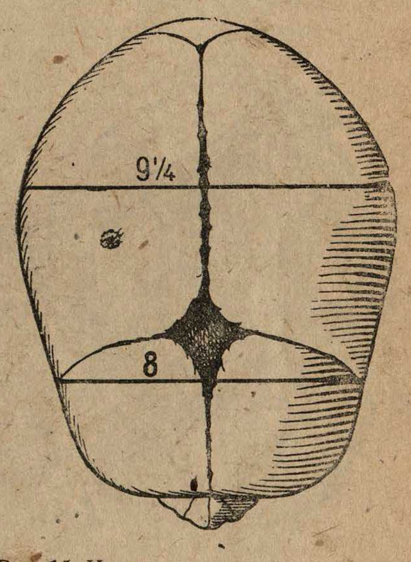


Рис. 15. Череп новорожденного сверху (из Бумма).

Положение плода определяется взаимоотношением длинных осей плода и матки. При их параллельности положение продольное; если оси перекрещиваются под прямым углом — положение поперечное, если под острым — положение косое.

Продольные положения плода встречаются в 99,5% случаев. В зависимости от того, какая часть тела плода находится ближе всего к выходу из матки, различают предлежание тазовым концом (ягодичное) полное и неполное (ножное, коленное) и головным концом (затылочное, теменное, лобное, лицевое). Позиция и вид определяются направлением спинки плода. Различают первую, или левую и вторую, или правую позиции; если спинка обращена несколько кпереди — говорят о переднем виде, если кзади — о заднем виде, при обращении спинки строго влево говорят о среднем виде первой позиции; при обращении спинки точно вправо — о среднем виде второй позиции.

При поперечных и косых положениях позиция определяется по местоположению головки (головка влево — 1-я позиция, головка вправо — 2-я позиция), а вид по направлению спинки плода (спинка вперед — передний вид, спинка кзади — задний вид).

Плодная камера образуется небольшой, толстой плацентой и составляющими большую ее часть оболочками.

Внутренняя водная оболочка (амнион) к концу беременности имеет вид тонкой прозрачной бессосудистой перепонки, она плотно сращена с ворсистой оболочкой тонкими соединительнотканными волокнами. Вторая — ворсистая оболочка (хорион) — более груба и менее прозрачна, чем амнион.

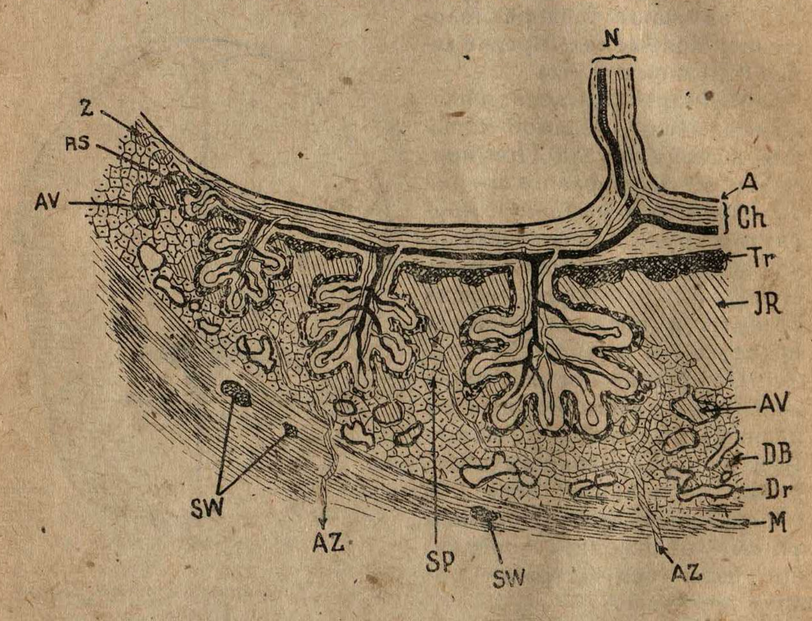


Рис. 16. Схема плацентарного кровообращения (из Stoeckel'я): A—амнион; Ch — хорион; Tr — трофобласт; IR - RS - AV — межворсинчатые пространства; DB — основная отпадающая оболочка; M — мышцы матки; AZ — материнские артерии; SP — перегородки плаценты; SW — блуждающие клетки синцития; Z — краевой синус.

Плацента, образовавшаяся из chorion frondosum (плодная часть) и decidua basalis (материнская часть), представляет собою мясистое дискообразное тело 15—20 *см* в диаметре, 3-4 *см* толщины и весит 500—600 *г*. Ее гладкая плодная поверхность, покрытая легко отделяющимся амнионом, имеет богатую сеть радиально идущих, истончающихся к периферии сосудов, несущих кровь плода. Ветви этих сосудов дают капилляры, входящие в ворсинки, которые погружены в межворсинчатые пространства, — расширенные капилляры отпадающей оболочки, наполненные медленно циркулирующей кровью матери (рис. 16).

Материнская поверхность плаценты, обращенная к стенке матки, шероховата и разделяется на многочисленные дольки (kotyledones) соединительнотканными перегородками, развившимися из decidua basalis (рис. 17).

От плаценты к пупочному кольцу идет пуповина, образовавшаяся из ножки, при помощи которой плод был прикреплен к трофобласту. Пуповина может прикрепляться к центру

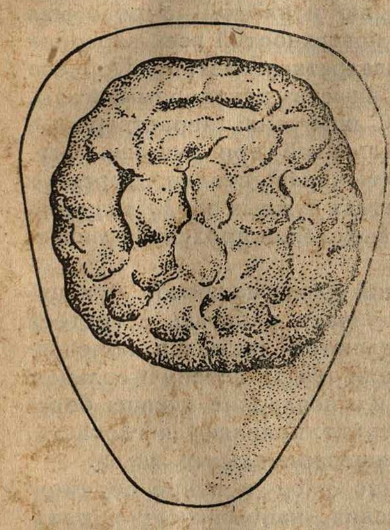


Рис. 17. Нормальный послед. Материнская поверхность (из Азлецкого и Жарова).

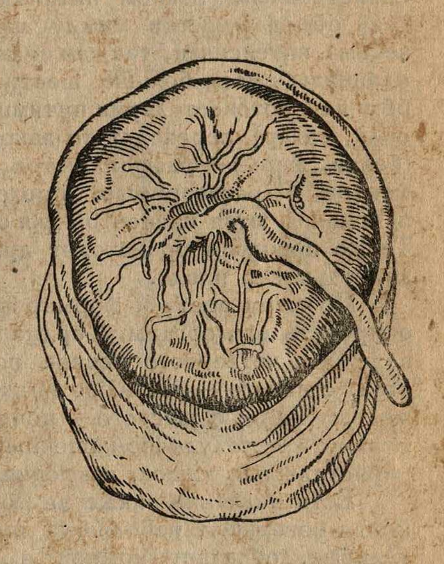


Рис. 18. Нормальный послед. Плодовая поверхность (из Азлецкого и Жарова).

плаценты (центральное прикрепление), к краю (краевое прикрепление) и на некотором расстоянии от нее (оболочечное прикрепление) (рис. 18).

Диаметр пуповины 1,5—2,0 *см*, длина — около 50 *см*, но может быть больше и меньше в 2—3 раза. Пуповина почти всегда спиралеобразно закручена и нередко имеет ложные узлы (утолщения). Иногда встречаются на пуповине и истинные узлы. Пуповина построена из эмбриональной ткани (Вартоновой студени), в которой заложены 2 артерии и вена, и покрыта амниотической капсулой, переходящей около пупка в кожу.

Быстрый рост плода требует поступления большого количества питательных веществ. Первые 10—11 дней, когда яйцо еще не имплантировано, оно их совершенно не получает,

и его масса не увеличивается. Сразу после имплатации яйцо начинает быстро расти, усваивая гликоген из растворенных трофобластом децидуальных клеток.

Затем в стенках желточного пузыря развиваются сосуды, уносящие накопленные в нем вещества для питания эмбриона. Но запасы питательных веществ в желточном пузыре невелики, и вскоре развивается плацента, являющаяся в дальнейшем единственным органом питания плода; через плаценту идет весь обмен веществ между матерью и плодом. Этот обмен весьма интенсивен, так как сумма поверхностей всех ворсинок плаценты имеет больше шести квадратных метров. Процесс обмена протекает двумя путями: Вещества растворимые (газы, соли, сахар) переходят по закону диффузии; нерастворимые (белки, жиры) — расщепляются плацентой при помощи ферментов в растворимые, проходят через стенки ворсинок и используются плацентой для синтеза нужных плоду веществ. Те же процессы происходят при выделении продуктов жизнедеятельности плода.

По мере роста и формирования плода начинают функционировать его органы. Сердце начинает работать с третьей недели; с четвертого месяца появляются движения конечностей, с пятого — начинают функционировать печень и сальные железы кожи; с шестого — почки и в последние месяцы беременности — желудочно-кишечный тракт: появляются глотание, перистальтика кишок, секреция пищеварительных желез.

Есть указания также на то, что плод в конце беременности совершает небольшие движения, напоминающие дыхательные, обладает кожной и вкусовой чувствительностью и довольно развитыми рефлексами.

Некоторые железы внутренней секреции (поджелудочная, щитовидная, половые) также начинают функционировать в течение внутриутробного периода.

Плод отличается отсутствием малого круга и наличием плацентарного кровообращения.

Артериальная кровь от плаценты идет по пупочной вене, которая, пройдя пупочное кольцо, дает две ветви. Более мощная из этих ветвей — Аранциев проток — впадает в нижнюю полую вену, вторая идет к печени. Кровь, идущая во второй ветви, смешивается с венозной кровью воротной вены и, пройдя печень, изливается также в нижнюю полую вену. Кровь нижней полой вены из правого предсердия через овальное отверстие попадает в левое предсердие и затем в большой круг кровообращения. Кровь верхней полой вены из правого предсердия поступает отчасти и в правый желудочек, а оттуда в легочную артерию, откуда идет не в легкие, а по Боталлову протоку в аорту. В плаценту кровь поступает по двум

пупочным артериям, начинающимся от подчревных артерий (рис. 19).

Беременность создает дополнительную нагрузку для организма женщины и вызывает в нем изменения, способствующие лучшему выполнению функции материнства. Эти реакции беременности обусловливаются воздействием развивающегося оплодотворенного яйца. Еще до оплодотворения яйца мы наблюдаем в женском организме так называемые предменструальные изменения — результат гормонального влияния желтого тела.

Оплодотворенное яйцо стимулирует желтое тело, и последнее не прекращает своих функций эндокринной железы до четвертого месяца беременности.

К этому времени желтое тело атрофируется, и начинает проявляться гормональное влияние плаценты. Появление этой новой железы внутренней секреции отражается в первую очередь на эндокринной системе беременной. Вместе с тем, происходят изменения в обмене веществ и во всем организме женщины. Из желез внутренней секреции наиболее сильные изменения при беременности претерпевает передняя доля гипофиза. Ее главные клетки превращаются в „клетки беременности" и вырабатывают большое количество гормона — пролана, который начинает выделяться с мочой в самые ранние сроки беременности. В образовании пролана принимает участие

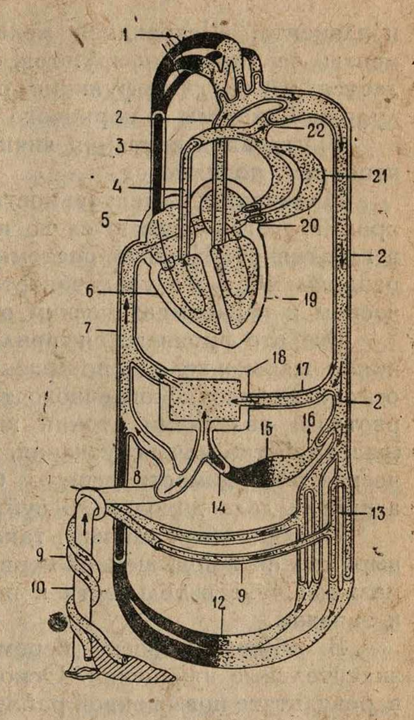


Рис. 19. Схема кровообращения утробного плода (из Разумкова). Белым цветом изображены сосуды, содержащие артериальную кровь; серым — сосуды со смешанной кровью; черным — сосуды с венозной кровью: 1 — ветви верхней полой вены; 2 — дуга аорты; 3 — верхняя полая вена; 4 — легочная артерия; 5 — правое предсердие; 6 — правый желудочек; 7 — нижняя полая вена; 8 — венозный проток (Аранциев проток); 9 — пупочные артерии; 10 — пупочная вена; 11 — плацента (детское место); 12 — капилляры нижних конечностей и тазовых органов; 13 — подвздошные артерии; 14 — воротная вена; 15 — вены кишечного канала; 16 — артерии кишечника; 17 — печеночная артерия; 18 — печень; 19 — левый желудочек; 20 — левое предсердие; 21 — легкие; 22 — Боталлов проток, соединяющий легочную артерию с аортой.

и плацента. Щитовидная железа также увеличивается, элементы ее гипертрофируются, функция усиливается. Наблюдается также гиперфункция островков Лангранса поджелудочной железы и коркового слоя надпочечников.

Внутренняя секреция яичников и паращитовидных желез, наоборот, понижается.

Изменения в деятельности желез внутренней секреции прежде всего отражаются на нервной системе и особенно на вегетативной. Нервная система становится менее устойчивой, раздражимость ее увеличивается, равновесие между симпатическим и парасимпатическим отделом нарушается.

Все это проявляется приливами крови к лицу, ощущениями жары и холода, повышенной раздражимостью в верхнем отделе желудочно-кишечного тракта (слюнотечение, тошнота, рвота) и явлениями атонии кишечника и мочевого пузыря (расстройство мочеиспускания, запоры). Рефлексы и гальваническая возбудимость мышц у беременных нередко повышены, а иногда дело доходит до субтетанического состояния.

Психика беременных также нередко неустойчива, что выражается в повышенной нервности, меланхоличности, ненормальной чувствительности к некоторым вкусовым ощущениям и запахам.

В обмене веществ беременной женщины наблюдаются значительные изменения. Основной обмен обычно усиливается в результате повышенной работы организма матери. Усвоение и ассимиляция белков делаются более полными, благодаря чему обычной нормы белка хватает для нужд материнского организма и для построения плода.

Однако печень при беременности обнаруживает некоторую недостаточность функции расщепления белков и жиров, и потому изобилие белков и жиров в пище не может быть рекомендовано. Углеводы наиболее легко усваиваются организмом беременной. Наблюдающаяся иногда при беременности гликозурия зависит чаще всего от повышенной проницаемости почечного эпителия.

Изменения водного обмена при беременности сводятся к увеличению количества воды в тканях, что ведет к сочности тканей и склонности к отекам. Проникновение воды в ткани зависит от увеличения проницаемости стенок капилляров, от изменения онкотического давления, липемического коэффициента и натриевого обмена и идет только до известных пределов, после чего введенная в организм жидкость целиком выводится почками. За 2—3 дня до родов обычно происходит усиленное выделение воды, продолжающееся и после родов, в результате чего количество воды в организме становится нормальным.

Количество солей калия и натрия в организме беременной увеличивается. Хлористый натрий, распределяясь по тканям организма, вызывает задержку воды в них. Соли кальция образуют скопления в ворсинках плаценты, в остеофитах, в остеоидах. В то же время в крови может наблюдаться некоторый недостаток кальция, вызывающий ряд патологических явлений (субтетаническое состояние, нервные недомогания, остеомаляция).

Количество крови при беременности увеличивается, она становится богаче жирами и липоидами и беднее белками. Щелочность крови уменьшается, а иногда появляется ацидоз, особенно выраженный при эклямпсии. Количество лейкоцитов мало изменяется, лейкоцитоз значительно увеличивается, лейкоцитарная формула обнаруживает сдвиг влево, оседание эритроцитов ускоряется.

Изменения в сердечно-сосудистой системе выражаются в некоторой гипертрофии сердца, в расширении артерий и вен, в повышении проницаемости стенок капилляров и в лябильности и увеличении амплитуды кровяного давления.

В почках понижается способность к выделению солей (концентрации); нередко в моче появляется сахар, а иногда, в конце беременности, следы белка. Эти функциональные изменения стоят на грани патологии и при усилении становятся явно патологическими.

Грудная клетка беременной делается шире и короче; жизненная емкость легких при этом уменьшается. Слизистые оболочки дыхательных путей при беременности разрыхляются, гиперемируются и делаются более восприимчивыми к инфекции.

Таз беременной немного увеличивается, вследствие образования остеоидной каймы на суставных концах его костей, и сочленения его становятся более подвижными из-за разрыхления связок.

В коже беременность вызывает отложение пигмента по белой линии, вокруг сосков, половых органов и заднего прохода, а иногда и на лице. Кроме того, на коже живота, бедер и грудных желез появляются рубцы (striae gravidarum), являющиеся следствием ее перерастяжения.

Наибольшие изменения беременность производит в половых органах. Масса матки к концу беременности увеличивается в 20 раз за счет гипертрофии и гиперплязии мышечных волокон. Форма матки в первые месяцы становится неправильной из-за усиленного роста и растяжения участка имплантации яйца. Матка становится более мягкой, так как ткани ее разрыхляются и подвергаются отечному пропитыванию, но под влиянием раздражения (исследования) она сокращается и делается плотной.

На пятом месяце беременности матка выходит из малого таза, вновь приобретает симметричную форму и постепенно выполняет большую часть брюшной полости.

В шейке матки, в стенках влагалища и в дне таза к концу беременности происходит обратное развитие соединительной и мышечной ткани и расширение кровеносных сосудов.

Связочный аппарат матки также гипертрофируется и разрыхляется, а наружные половые органы увеличиваются и отекают, их сосуды расширяются.

Секреция влагалища при беременности увеличивается, в связи с чем увеличивается и количество микробов во влагалище. Однако качественно флора его меняется мало и в большинстве случаев состоит в верхних отделах влагалища из почти чистой культуры палочки Додерлейн'а.

В слизистой пробке шеечного канала бактерии встречаются лишь около наружного зева; полость матки обычно стерильна.

Кровоснабжение половых органов при беременности увеличивается за счет утолщения и удлинения имеющихся сосудов и образования новых. Особенно гипертрофируется венозная сеть. Одновременно кровообращение в половых органах замедляется, появляется венозная гиперемия, ведущая к характерному синюшному окрашиванию видимой слизистой половых органов.

Целый ряд изменений наступает в связи с беременностью в грудных железах. Молочные железы увеличиваются, недоразвитые дольки их разрастаются и разветвляются; железистый эпителий гипертрофируется и начинает вырабатывать жир, капельки которого поступают в просвет железы.

Грудные железы и соски увеличиваются, околососковые кружки делаются шире и темнее, при этом нередко образуются добавочные околососковые кружки — результат пигментации окружающей кожи.

Грудная железа постепенно усиливает свою секреторную деятельность и начинает вырабатывать молозиво-прозрачную жидкость, отличающуюся от молока бо̀льшим содержанием белков и солей и уменьшенным количеством сахара и жира.

В целом беременность благотворно отражается на организме женщины, содействуя его развитию и укреплению.

Однако у многих женщин наблюдаются преходящие болезненные явления. В первую половину беременности эти явления (тошнота, слюнотечение, слабость) зависят главным образом от повышенной возбудимости нервной системы и исчезают к 3—4-му месяцу. В последние дни беременности самочувствие иногда вновь ухудшается из-за напряжения брюшной стенки, стеснения легких и органов брюшной полости.

ДИАГНОСТИКА БЕРЕМЕННОСТИ

Для диагностики беременности пользуются данными анамнеза и об'ективного исследования.

К данным анамнеза относится первый день последних менструаций, первое движение плода и суб'ективные ощущения. Самые ранние об'ективные признаки не отличаются абсолютной точностью, и иногда только сопоставление всех факторов позволяет нам судить о достоверности наличия беременности.

В общем признаки беременности делятся на 3 группы: 1) сомнительные, 2) вероятные и 3) достоверные.

К сомнительным признакам относятся суб'ективные ощущения со стороны женщины (рвота, тошнота, слюнотечение, извращение вкуса, головокружение), изменение в окраске кожи (пигментация лица и белой линии), увеличение размера живота, striae gravidarum во второй половине беременности.

К вероятным признакам, развивающимся в половой сфере, относятся:

1. Отсутствие или задержка менструаций (но надо помнить, что аменоррея может быть и от других причин: истощение, психические травмы, внутрисекреторные изменения, климакс), увеличение грудных желез, прощупывание дольчатости, появление молозива.

2. Изменения половой сферы в смысле характерной застойной синюшной окраски и разрыхления видимых участков влагалища и влагалищной части матки.

3. Увеличение матки в соответствии со сроком задержки менструаций, шаровидная форма ее, благодаря увеличению передне-заднего диаметра, изменяющаяся под руками консистенция ее.

4. Признак Снегирева: растирание и осторожное массирование вызывают сокращение размягченной матки, которая оплотневает под руками.

5. Признак Пискачека состоит в изменении симметричной сплющенной грушевидной матки в нессиметричную, шарообразную с выпячиванием одного из углов матки, в котором произошла имплантация яйца.

6. Признак Хегара 1-й: при бимануальном исследовании во время сведения пальцев на уровне внутреннего зева

ощущается мягкий перехват между шейкой и телом матки. Концы пальцев удается свести так, что их очертания прощупываются через размягченную ткань матки.

7. Признак Хегара 2-й: при внутреннем исследовании можно концами пальцев обеих рук захватить разрыхленную ткань на поверхности матки в виде складки, за которую можно притянуть матку кпереди.

8. Признак Макдональда — возможность резкого сгибания матки таким образом, чтобы шейку матки при пустом пузыре можно было приложить к телу.

К достоверным признакам можно отнести: 1) полученное путем рентгеноскопии определение скелета плода, 2) реакция Цондек-Ашгейма — важнейшая из методов лабораторной диагностики, проверенная рядом исследований, выяснивших ее совпадения с беременностью в 98,5%.

Эта реакция основана на очень раннем появлении в моче беременных пролана — гормона передней доли гипофиза.

Для реакции Цондек-Ашгейма берутся 3 — 5 инфантильных мышей 4-недельного возраста весом в среднем 6 *г*; под кожу им ежедневно впрыскивается от 0,2 — 0,4 куб. *см* утренней мочи женщины. В 1-й день делают 2 впрыскивания, на 2-й — 3, на 3-й — 1 впрыскивание. Через 96 часов после первой ин'екции мышь убивается. Осмотр простым глазом или при помощи лупы обнаруживает наличие кровяных точек в строме яичника (кровоизлияние в лопнувший фоликул) в том случае, если мы имели мочу беременной, тогда как моча небеременной не вызывает у мышей никакой реакции.

К достоверным признакам, появляющимся во вторую половину беременности, относятся активные движения плода, ощущаемые при исследовании, ясно выслушиваемое сердцебиение плода, определение частей плода в матке.

Из об'ективных признаков для диагностики и определения срока беременности пользуемся изменением величины матки—ростом ее. К концу первого месяца матка достигает величины гусиного яйца. К концу второго месяца величина ее достигает женского кулака, к концу третьего месяца — величины головки новорожденного. К концу четвертого месяца матка определяется уже наружным исследованием, стоит на 3 поперечных пальца (5 *см*) выше лона. К концу пятого лунного месяца дно матки определяется пальца на 3 ниже пупка—12—13 *см* над лоном, к концу шестого лунного месяца на уровне пупка — 22 *см* от лона; к концу седьмого—на 3 пальца выше пупка—25—26 *см* над лоном; к концу восьмого лунного месяца матка стоит посередине между пупком и мечевидным отростком — 28 — 30 *см*. К концу девя-

того лунного месяца дно матки стоит под мечевидным отростком—на 32—34 *см*; к концу десятого — дно опускается, стоит на уровне восьмого месяца—29—30 *см* над лоном.

Методика акушерского исследования состоит из анамнеза наружного и внутреннего исследования. Исследование в первой половине беременности состоит: из наружного осмотра половых органов с целью установления цианоза и разрыхления их; из внутреннего исследования, позволяющего судить о величине матки и наличии вышеуказанных признаков Хегара, Пискачека и Макдональда. Некоторое диагностическое значение имеет и появление молозива в грудных железах, особенно у первобеременных. Учитываются также и суб'ективные ощущения, появляющиеся у женщин в ранние сроки беременности: изменение вкуса, тошнота, рвота и т. д.

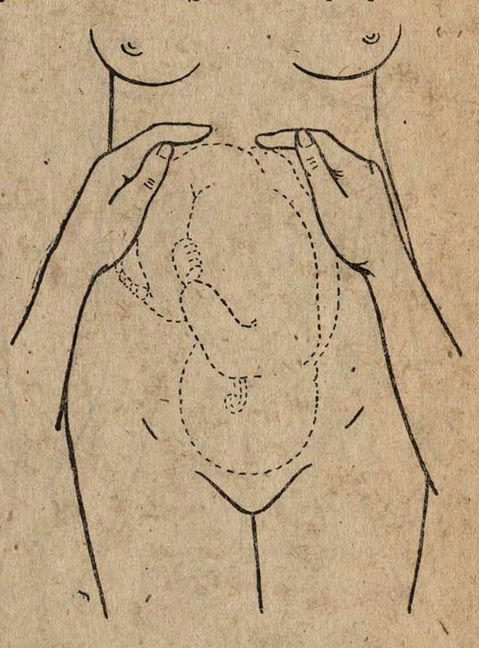


Рис. 20. Первый прием Леопольда (из Скробанского).

Наружное исследование заключается в осмотре, пальпации, измерении и выслушивании.

Общий осмотр беременной производится в стоячем положении. При осмотре головы необходимо отметить форму черепа, отечность и пигментацию на лице. Осматривая грудную клетку, следует принять во внимание форму грудей и сосков, пигментацию сосков и околососкового кружка, строение грудной клетки (рахитические четки).

При осмотре живота отмечается форма его (отвислый, или заостренный кверху); состояние пупка — втянутый, выпяченный, сглаженный; состояние брюшной стенки — растянутость, отечность, striae gravidarum. Далее идет наружное исследование или ощупывание живота. Женщину укладывают на спину с согнутыми в тазобедренных суставах и коленях ногами. Мочевой пузырь и кишечник должны быть предварительно освобождены. Исследование должно быть нежным

и осторожным, производиться теплыми руками, чтобы не вызвать сокращения матки и прямых мышц живота и чтобы получить правильные и исчерпывающие данные.

В наружном исследовании пользуемся 4 классическими приемами Леопольда.

Первый прием: необходимо стать с правой стороны лежащей беременной, лицом к голове ее. Обе руки, обращенные

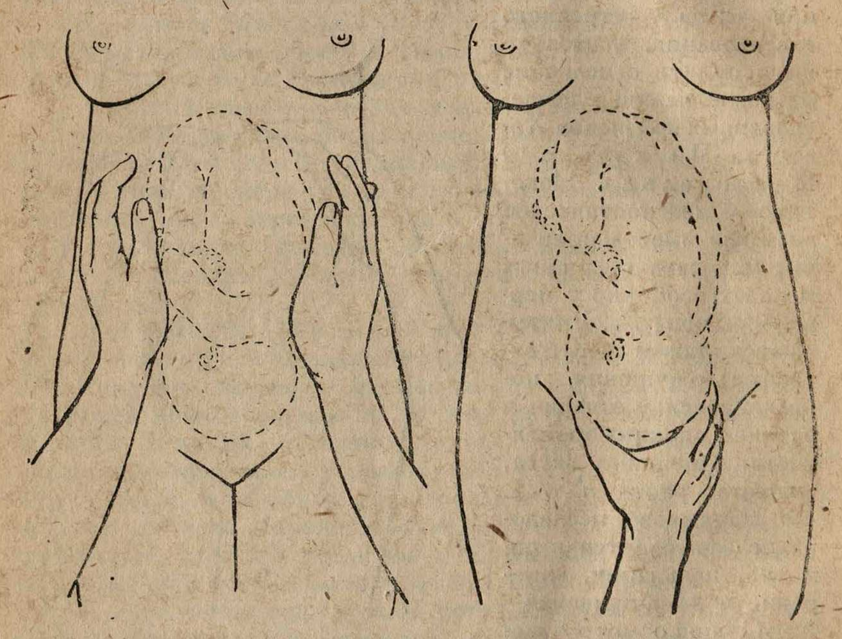


Рис. 21. Второй прием Леопольда (из Скробанского).

Рис. 22. Третий прием Леопольда (из Скробанского).

концами пальцев друг к другу, укладываются на верхней части живота и охватывают дно матки (рис. 20). Этим приемом определяется высота стояния дна матки и делается заключение о сроке беременности. Этим же приемом определяется характер крупной части, лежащей у дна, а следовательно, и отчасти решается вопрос о предлежании.

Второй прием: оставаясь в том же положении, что при первом приеме, исследующий передвигает руки книзу, располагая их по бокам живота, приблизительно на уровне пупка. Осторожным исследованием определяется характер боковых сторон матки и ощупываются прилежащие к ним части плода. Со стороны спинки определяется равномерная поверхность

ее; с противоположной же стороны прощупываются мелкие части, отвечающие иногда на пальпацию движениями. Этим приемом определяется положение плода, его позиция (рис. 21).

Третий прием применяется с целью установить характер, величину, подвижность и соотношение с тазом предлежащей части. Он производится одной рукой. При отведенном большом пальце рука располагается на нижней части матки, над лонной дугой. Концами пальцев захватывается предлежащая часть, определяется ее форма и консистенция. Если это головка, то, производя легкие сотрясающие движения пальцами, получаем ощущение баллотирования — подвижности ее (рис. 22). Иногда этим приемом удается определить на головке опознавательные участки — затылок, лобик и таким образом определить позицию плода.

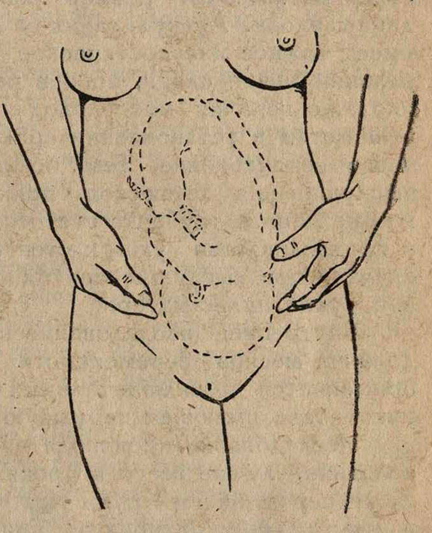


Рис. 23. Четвертый прием Леопольда (из Скробанского).

При четвертом приеме Леопольда для определения положения головки относительно ее вставления в таз исследующий поворачивается лицом к ногам беременной. Располагая обе руки на нижней части живота по сторонам его, концами пальцев он старается проникнуть между головкой и краями лонных костей (рис. 23). Этот прием позволяет установить высоту стояния головки, степень ее подвижности, отношение к тазу.

Для определения позиции плода имеются 2 добавочных приема:

1) руки располагаются перпендикулярно боковым поверхностям матки: со стороны расположения мелких частей рука вдавливается глубже, со стороны же спинки рука встречает сопротивление;

2) при надавливании на дно матки имеем большее выпячивание той боковой поверхности, где расположена спинка.

Затем производится измерение наибольшей окружности живота (обычно на уровне или несколько ниже пупка) сантиметровой лентой.

Это измерение имеет относительное значение, но все же если в конце 8-го лунного месяца окружность живота 100 *см* или выше — можно подозревать многоводие или многоплодие.

Высота стояния дна матки измеряется от верхнего края симфиза лентой или тазомером, одна ветвь которого устанавливается на верхнем крае лона, другая — на самой верхней точке матки. Этот размер равен приблизительно половине длины плода. Аускультация во второй половине беременности имеет важное диагностическое значение не только для определении жизни плода, но и в решении вопроса о положении плода, о наличии многополодия и иногда как вспомогательный метод в установлении срока беременности, так как чем яснее сердцебиение, тем больше срок беременности. Для выслушивания стетоскоп прикладывается непосредственно к коже живота, трубочка стетоскопа рукой не придерживается, а придавливается ухом к стенкам живота. В сомнительных случаях при выслушивании одновременно контролируется левой рукой пульс матери.

Внутреннее исследование в консультации производится до 4-го месяца беременности. В более поздние сроки оно применяется в исключительных случаях (так, нипример, при узком тазе, имеющем наружную коньюгату ниже 18 *см*).

Исследование производится с соблюдением всех правил асептики, лучше всего в прокипяченной резиновой перчатке. Если перчатки нет — руки тщательно моются: 10 мин. щеткой и мылом, затем обтираются спиртом и иодом.

Наружные половые органы обмываются дезинфицирующим раствором. Область anus'а также обмывается и закрывается ватой или марлевыми салфетками. Вообще на внутреннее исследование надо смотреть как на травматизирующую процедуру, не гарантирующую от эндогенной и экзогенной инфекции, а потому следует производить его в случаях крайней необходимости.

Ректальное исследование сопровождается меньшим риском, меньшей травмой, вместе с тем в случае надобности дает достаточно ориентировочные данные в отношении мягких родовых путей и в отношении предлежащей части, а потому, где можно, внутреннее исследование надо заменить ректальным.

Определение срока декретного отпуска

Советское законодательство в интересах охраны здоровья матери и ребенка предоставляет беременным декретный отпуск: работницам и служащим — 56 дней до и после родов; колхозницам — 30 дней до и после родов. Уточнение определения

32- и 36-недельной беременности является актуальнейшим вопросом для врачей женской консультации.

Перед ними ставятся две задачи: с одной стороны, всемерно соблюдать интересы беременных с точки зрения охраны труда и с точки зрения охраны материнства и младенчества; с другой стороны, бережно расходовать страховые фонды.

Но можно ли точно установить день дородового отпуска, т. е. можно ли точно определить срок родов? В большинсте случаев, нельзя.

Во-первых, мы не знаем точно фактического наступления зачатия. Большинство авторов в настоящее время считают, что беременность не совпадает с менструальными днями, а наступает чаще тогда, когда имеет место овуляция (на 9—19-й день менструального цикла).

Неизвестна также и продолжительность человеческой беременности.

Если в большинстве случаев роды наступают через 280 дней или 40 недель (10 лунных месяцев) от первого дня последней менструации, то известны в литературе и отдельные случаи родов зрелым плодом на 33-й неделе беременности — скороспелая беременность, и на 48-й неделе — поздняя беременность.

Исходя из всего этого, отклонения на 2 недели в ту или иную сторону от установленного врачом срока родов не учитываются в качестве ошибок. „Недоходы“ и „переходы“ свыше 2 недель считаются уже ошибками, которые, однако, допускаются страхкассами до известных пределов как неизбежные. Границы допустимых ошибок не могут быть научно обоснованы, а устанавливаются практически, на основании наилучших достигнутых результатов. Стандартными цифрами в настоящее время считаются следующие: 83—84% точных определений (т. е. с отклонениями в ту или иную сторону не свыше 2 недель); 16—17% ошибок, в том числе 4,0—4,5% недоходов, 12,0—12,5% переходов. Ошибки за этими пределами могут считаться врачебными ошибками. Но при исчислении процента ошибок необходимо отбрасывать следующие случаи, при которых врач не может нести ответственность за „переход“ или „недоход“: случаи преждевременных родов, поздних явок, чрезмерно крупных плодов, двоен, неправильных положений.

Зная первый день последних менструаций, можно вычислить срок родов по схеме Негеля, приближающей нас к действительности: отсчитать от первого дня последних менструаций 3 месяца назад и прибавить 7 дней.

Но данные анамнеза далеко не всегда точны. Так, по материалам Воронежской консультации, первый день по-

следних менструаций указывают только 58,3% беременных, остальные или его не помнят или указывают приблизительно. Кроме того, оплодотворение могло наступить и во время лактации, сопровождаемой аменорреей, или, наоборот, во время беременности могло быть кровотечение, трактуемое беременной как менструация. Что касается другого анамнестического фактора — первого движения плода, то он требует еще более критической оценки, так как в ощущении первого движения имеет значение и внимательность, и чувствительность беременной, и величина самого плода, и количество околоплодных вод.

Более важное значение имеют данные об'ективного исследования, по отношению к которым данные анамнеза являются лишь дополнением. Об'ективное исследование для уточнения в определении срока беременности производится по методике Фигурнова, Либова, Бакшта.

Методика эта в основном складывается из следующих моментов: 1) определение высоты стояния дна матки; 2) определение размеров и положения предлежащей части; 3) определение состояния влагалищной части шейки матки; 4) измерение длины плода по Альфельду.

Либов и Фигурнов производят измерение высоты дна матки от лона сантиметровой лентой, Бакшт — тазомером.

Измерение головки производится тазомером, ножки которого ставятся на отдаленные полюсы ее (лобно-затылочный размер). Различают большую головку—11 *см*, среднюю—10 *см*, маленькую—9 *см* и меньше. Отношение головки ко входу в малый таз определяется терминами: 1) головка баллотирует, 2) головка прижата ко входу, 3) головка неподвижна во входе.

Влагалищная часть матки изменяется в зависимости от положения предлежащей части по отношению ко входу в малый таз. Чем короче влагалищная часть, тем ближе срок родов (в особенности у первобеременных). Определяется состояние влагалищной части путем ректального исследования в каких-либо конфликтных случаях, где, например, имеется маленький плод при низко стоящей головке.

Измерение плода циркулем по Альфельду рекомендуется при неправильных положениях плода.

По применяемой методике мы имеем в среднем следующие об'ективные данные для определения 32-недельной беременности:

а) измерение циркулем или тазомером от верхнего края лона до наивысшей точки дна матки—24—25 *см*;

б) измерение сантиметровой лентой—28—30 *см*;

в) величина головки в среднем 10 *см* (но может быть 9 *см* и 11 *см*);

г) головка по отношению к тазу может быть: 1) подвижна над входом (баллотирует), 2) прижата ко входу, 3) фиксирована во входе.

Одновременно с этими размерами необходимо измерять окружность живота на уровне пупка. Ориентировочные размеры в конце 32 недель беременности при небольшом животе 80 *см*, при среднем—90 *см* и большом—95 (до 100) *см*. Влагалищная часть матки на 8-м лунном месяце в одних случаях представляется удлиненной (до 3 *см*), в других укороченной—меньше 1 *см* (по Фигурнову).

Для определения 36-недельной беременности:

а) измерение циркулем от верхнего края лона до высшей точки дна матки — 26 — 27 *см*;

б) измерение сантиметровой лентой — 32 — 34 *см*;

в) величина головки в среднем 11—11,5 *см*;

г) положение головки—прижата ко входу или неподвижна во входе;

д) влагалищная часть матки укорочена—1 *см* и меньше.

В 36 недель нужно обращать внимание и на плотность головки, так как в последний месяц беременности головка не столько увеличивается в своих размерах, сколько становится более плотной. Только сочетание всех приведенных признаков и сопоставление их друг с другом позволяют уточнять определение срока беременности.

Необходимо добавить, что момент первого обращения беременной в консультацию имеет большое значение для уточнения срока декретного отпуска.

Данные всех авторов говорят, что тем меньше мы имеем ошибок в смысле переходов и недоходов, чем раньше обратилась беременная в консультацию.

Диагностика двоен

Диагностика двоен в первые месяцы беременности ставится единственно на основании величины матки, превышающей срок беременности. Но надо помнить и о других причинах быстрого роста матки: многоводие, пузырный занос, большой плод.

Наиболее ценные признаки для диагностики двоен мы получаем со стороны плодов, когда можем пальпацией констатировать наличие 2 головок или 2 спинок. Ценным признаком является также наличие маленькой головки при большом животе и прощупывание большого количества мелких частей. Большое значение в диагностике двоен имеет аускультация,

с помощью которой мы выслушиваем в 2 противоположных участках живота сердцебиение, различное по частоте ударов.

Последнее время все большее значение в деле распознавания двоен принимает рентгенодиагностика.

Внимательное наблюдение и тщательное обследование с записью измерений высоты стояния матки, окружности живота при сравнении с данными, полученными при повторных исследованиях, облегчают диагностику двоен в условиях работы женских консультаций.

ГИГИЕНА И ДИЭТЕТИКА БЕРЕМЕННОСТИ

В нашей замечательной стране здоровье женщины вообще, а беременной в частности является предметом особых забот со стороны государства.

Существует ряд законов, обеспечивающих права и охраняющих здоровье беременных. Существует ряд учреждений по охране материнства и младенчества. Первым учреждением в этапе обслуживания матери является женская консультация. Здесь диагносцируется беременность, определяется рост, вес, измеряется таз, определяется состояние внутренних органов, производится исследование мочи, измерение кровяного давления. Здесь же беременные получают советы по личной гигиене, а если нужно, то и социально-правовую помощь через социально-правовые кабинеты, работающие при консультации.

Консультация производит патронаж беременных для обследования быта и укрепления полученных в консультации санитарно-гигиенических навыков. Советы по гигиене и диэтетике беременности сводятся к следующим установкам: беременность не есть патология, но беременность есть напряженная физиологическая функция всего организма. Сложные механические, физические и биохимические изменения происходят во всех органах и системах материнского организма.

Задачи гигиены беременности заключаются в том, чтобы удержать в равновесии организм беременной, чтобы напряжение физиологическое не перешло грани к патологии. При наблюдении за беременной нельзя упускать из виду, что течение беременности бывает различно у женщин различных по конституции и состоянию здоровья.

Образ жизни женщины не должен меняться с наступлением беременности. Она продолжает свою повседневную профессиональную, физическую, умственную или домашнюю работу. Физические движения составляют естественную необходимость каждой беременной, особенно важны прогулки на свежем воздухе, так как укрепляют мускулатуру, улучшают аппетит, возбуждают работу органов кровообращения, дыхания и пищеварения. Но поднятие тяжестей, виды спорта, связанные с резким сотрясением (прыжки, подскоки, верховая

езда, велосипед, лыжи), под'емы по крутым высоким лестницам, продолжительные поездки в тряских экипажах, наконец, беспорядочные утомительные прогулки противопоказаны, особенно при угрозе привычного выкидыша, когда, наоборот, рекомендуется пребывание в постели.

Уход за кожей и содержание ее в чистоте особенно необходимо во время беременности, потому что чистая кожа лучше выполняет свои выделительные функции, которые повышены при беременности. Чистота кожи способствует профилактике дерматозов и, наконец, укрепление кожного иммунитета повышает и общий иммунитет организма.

Общее теплые ванны или просто купанье рекомендуется беременным не реже одного раза в неделю (при температуре 28—30°). С гигиенической точки зрения души следует предпочесть ваннам. Посещение бани не противопоказано, но париться, конечно, нельзя.

Речные купанья при температуре не ниже 20° и хорошей погоде разрешаются до 8-го лунного месяца, если только вода не загрязнена.

Особенного внимания требуют наружные половые органы и заднепроходное отверстие. Рекомендуется ежедневное подмывание наружных половых органов теплой кипяченой водой, чистыми руками с помощью ваты. При подмывании надо помнить правило — вести руки сверху вниз и назад, чтобы не внести загрязнения в половые органы из области anus'а. После подмываний наружных половых органов обмывается водой с мылом область заднепроходного отверстия. При раз'едающих белях, при загрязненной влагалищной флоре необходимы дезинфицирующие спринцевания, лучше всего 0,5% раствором молочной кислоты.

Спринцевание производится в консультации с соблюдением всех правил асептики; наконечник каждый раз предварительно кипятится и сохраняется в растворе сулемы. При спринцевании Эсмарховскую кружку надо помещать на высоте не более 1 *м*. Производя спринцевание, надо легким надавливанием наконечника на промежность способствовать лучшему оттоку вводимой во влагалище жидкости. В последние 4 недели до родов спринцевания прекращаются.

При зуде кожи рекомендуется назначать применение сернокислой магнезии: 3-проц. раствор в клизмах по 100 *гр* 2 раза в день или впрыскивание нормальной лошадиной сыворотки по 5—10 куб. *см* через 2—3 дня.

Груди и соски должны содержаться в тщательной чистоте. Для этого достаточно ежедневно обмывать их прохладной водой, потом растирать грубым полотенцем. Если на сосках корочки, необходимо их удалить (lanolin или 20% Ung.

Bismuthi). Для предупреждения трещин рекомендуется обтирать соски дубящими веществами, при нежной коже — таннин, спирт пополам с водой или вещества, делающие кожицу соска более эластичной, при грубой коже — касторовое масло, вазелиновое масло.

При втянутых сосках рекомендуется массаж, осторожное вытягивание соска.

Одежда беременной должна быть чистая и сво-



Рис. 24. Бандаж для беременных.

бодная. Для предупреждения расслабления брюшных стенок и отвислого живота необходимо ношение бандажа с 5-го или 6-го месяца. Бандаж должен быть сшит по фигуре и надеваться в лежачем положении (рис. 24). При отсутствии бандажа можно употреблять полотенце с выточками на соответствующих местах или же широкий (2 вершков) связанный из ниток бинт. Грудь поддерживается бюстгалтером. Чулки пристегиваются боковыми резинками к бандажу или полотенцу, заменяющему бандаж. Необходимо искоренить вредную привычку носить круглые резинки или подвязки, так как они способствуют застойным явлениям в нижних конечностях и расширению вен. Там, где уже имеются варикозные расширения, надо проводить бинтование ног (специальные резиновые или эластические бинты, а при отсутствии их — бинт из фланели). Начинать бинтование ног надо с пальцев. На ночь бинт следует снимать. Обувь должна быть свободная, мягкая, на низком каблуке.

Питание беременных должно быть достаточным, но не перегружать пищеварительных и выделительных органов.

Не следует большими приемами пищи перегружать желудок, лучше есть часто (не реже 5 раз в день) и понемногу. Употребляемая пища должна быть смешанной, преимущественно растительной. Во второй половине беременности, особенно при альбуминурии, следует ограничить дачу белков. Подвоз витаминов и углеводов необходим. Почки беременных с большим трудом выделяют избыток соли. Особенно же страдает выделительная функция при отеках.

Отсюда вытекает требование ограничивать принятие соли до 7-8 г в день, доводя в случаях отеков и повышенного кровяного давления даже до 1 г.

Рис. 25. Дыхательные упражнения: стоя, пятки вместе, носки врозь, руки свободно вдоль туловища. Поднимание рук в сторону до уровня плеч (вдох), опускание рук (выдох) (из Малиновского и Шварцмана).



Рис. 26. Упражнения для мышц тазового дна: разведение колен с сопротивлением (вдох) — упор на ступни (из Малиновского и Шварцмана).

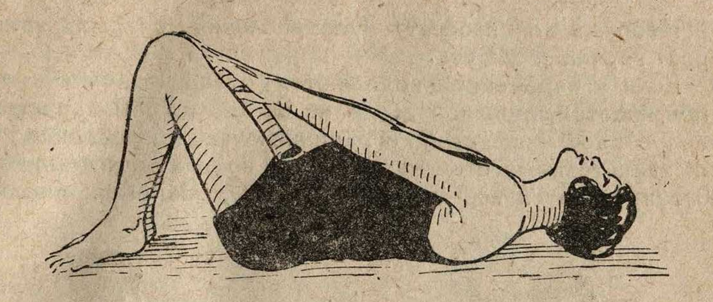


Рис. 27. Сведение колен с сопротивлением (выдох) (из Малиновского и Шварцмана).

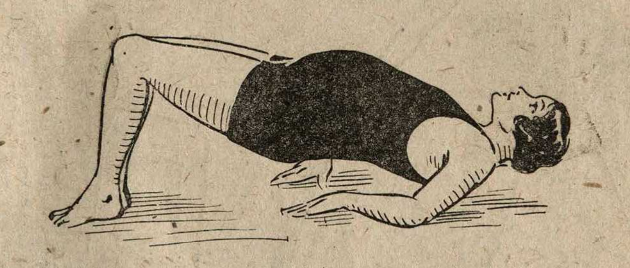


Рис. 28. Медленное поднимание туловища, которое опирается на голову, плечевой пояс и ступни ног, разведение колен в стороны и втягивание прямой кишки (вдох); сведение колен, медленное опускание туловища, расслабление прямой кишки (выдох) (из Малиновского и Шварцмана).



Рис. 29. При вдохе ноги раздвигаются, при выдохе — сдвигаются (из Малиновского и Шварцмана).

Необходимо избегать употребления острых приправ: перца, горчицы, уксуса.

Если у беременной появляются отеки (слабые степени) и повышается кровяное давление от 125 до 140, запрещается красное мясо, консервы, ограничивается потребление соли. При значительных степенях отеков и кровяном давлении выше 140 запрещаются все виды мяса, рыбы, творога и яиц, ограничивается питье до 3 стаканов в день и употребление соли до 1 г в день и назначается лечение сернокислой магнезией (в клизмах по 100 г 2 раза в день).



Рис. 30. Упражнение для нижних конечностей: при отведении ноги — вдох, при возвращении ноги в исходное положение — выдох. Обязательно держаться за спинку стула (из Малиновского и Шварцмана).

Рис. 31. При поднятии ноги — вдох, при опускании — выдох. Обязательно держаться за спинку стула (из Малиновского и Шварцмана).

Беременной необходимо введение извести, которая содержится в черном хлебе и в овощах. Некоторыми авторами доказана связь между недостатком извести и токсикозами беременности. Поэтому при рвоте рекомендуется calcium chloratum.

Потребность в жидкости во время беременности повышена. Беременные могут принимать жидкости столько, сколько

требуется (до 7 — 10 стаканов в день). Только наличие видимых или скрытых (нарастание веса, превышающее 400 *г* в неделю), отеков, а также заболевание сердца заставляют ограничивать питье (даже до 3 стаканов в сутки). Спиртные напитки во время беременности совершенно запрещаются.

Голодная диэта (Проховника) при узких тазах не оправдала себя. Многочисленные наблюдения показали, что

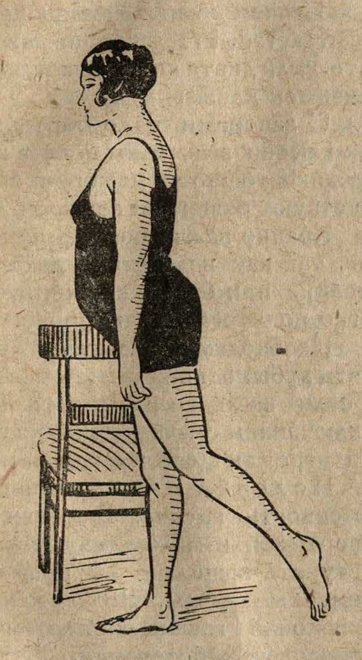


Рис. 32. Свободное качание ноги вперед и назад; при движении вперед — вдох, назад — выдох (из Малиновского и Шварцмана).

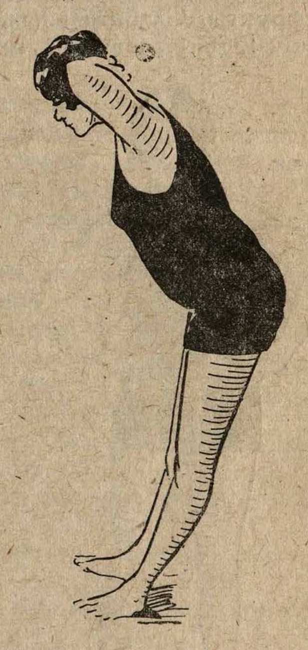


Рис. 33. Упражнение для туловища; сгибание (вдох) и разгибание туловища (выдох) — для первой половины беременности (из Малиновского и Шварцмана).

средний вес детей, несмотря на пониженное питание матерей, в среднем не ниже веса детей у нормально питающихся женщин.

Если беременная страдает изжогой, надо исключить черный хлеб, растительное масло. Назначить жженую магнезию пополам с двууглекислым натром на кончике ножа 2 раза в день, боржом. При рвоте — постельный режим. Прием пищи в постели. Исключить половую жизнь. Назначается аутогемо-

терапия, инъекции фолликулена, хлористый кальций внутрь (10-проц. раствор по 1 столовой ложке 3 раза в день) или в клизмах (5-проц. раствор по 50 куб. *см* 2 раза в день в подогретом виде). Или же назначается 5 куб. *см* 10-проц. раствора хлористого натра внутривенно.

При запорах рекомендуется стакан холодной воды натощак. Вводить в пищевой режим простоквашу, свежие овощи и фрукты. Слабительных, за исключением нежнодействующих, (Pulv. Liguirix. composit., Ext. Cascar. sagrad. Frangulen) не назначать. Если диэта не помогает, назначаются клизмы.



Рис. 34. Сгибание и разгибание туловища в стороны (из Малиновского и Шварцмана).

С запорами надо бороться, так как они вызывают боли в кишечнике, тошноту, изжогу и способствуют развитию гемороя.

Крайне важно состояние зубов, так как вследствие декальцинации при беременности зубы легко подвергаются кариозу.

Необходимо ежедневно чистить зубы, а кариозные лечить, а если надо, то и удалять (за исключением случаев привычного или угрожающего выкидыша).

П о л о в а я ж и з н ь при беременности вредна. В связи с гиперемией в малом тазу может наступить выкидыш или преждевременные роды. Воздержание от половой жизни снижает послеродовые заболевания. Желательно:

1) ограничение половой жизни в первые месяцы беременности;

2) уменьшение частоты сношений;

3) запрещение сношений в сроки, соответствующие приходу менструаций;

4) прекращение половой жизни за 2 месяца до родов.

Ф и з к у л ь т у р а. Широкое использование могучих сил природы: воздуха, воды, солнца при беременности абсолютно необходимо. Прогулки на свежем воздухе, ванны, душ, обтирания водой комнатной температуры, купанье в реке, осторожное загорание, — все это является лучшим способом сохра-

нить здоровье и укрепить душевную и физическую бодрость. Но занятия спортом: коньки, лыжи, катанье верхом, езда на велосипеде, а также физкультурные упражнения, связанные с возможностью резкого сотрясения (прыжки, подскоки), не могут быть рекомендованы, легкие же гимнастические упражнения, преследующие целью укрепить и усилить мышцы таза и брюшного пресса, улучшить дыхание и кровообращение, безусловно приносят большую пользу. Гимнастические упражнения должны проводиться только под наблюдением специалистов.

Принятые для беременных упражнения делятся на дыхательные и для плечевого пояса: поднимание рук в стороны до уровня плеч (вдох) и опускание (выдох); для туловища — сгибание и разгибание туловища в сторону, поворот туловища в сторону и выпрямление; для нижних конечностей и тазового дна — поднятие и опускание ноги (стоя, с поддержкой), раздвигание и сдвигание ног (сидя), разведение колен с сопротивлением и сведение их (лежа). Лучше всего занятия по физкультуре организовать при консультации, если имеется приспособленное для этого просторное помещение с хорошей вентиляцией. Все приведенные упражнения могут проделываться до конца беременности (рис. 25—34).

Что касается законодательства по охране труда и здоровья беременных, то надо сказать, что ни в какой другой стране в мире материнство не обеспечивается таким уважением и защитой закона, как у нас в СССР.

Мы имеем следующие положения в кодексе законов о труде:

ст. 131-я запрещает допускать беременных и кормящих к сверхурочным и ночным работам;

ст. 133-я запрещает посылку беременных с 5-го месяца в командировку вне места постоянной работы без их на то согласия;

ст. 13-я освобождает беременных от привлечения к трудовой повинности.

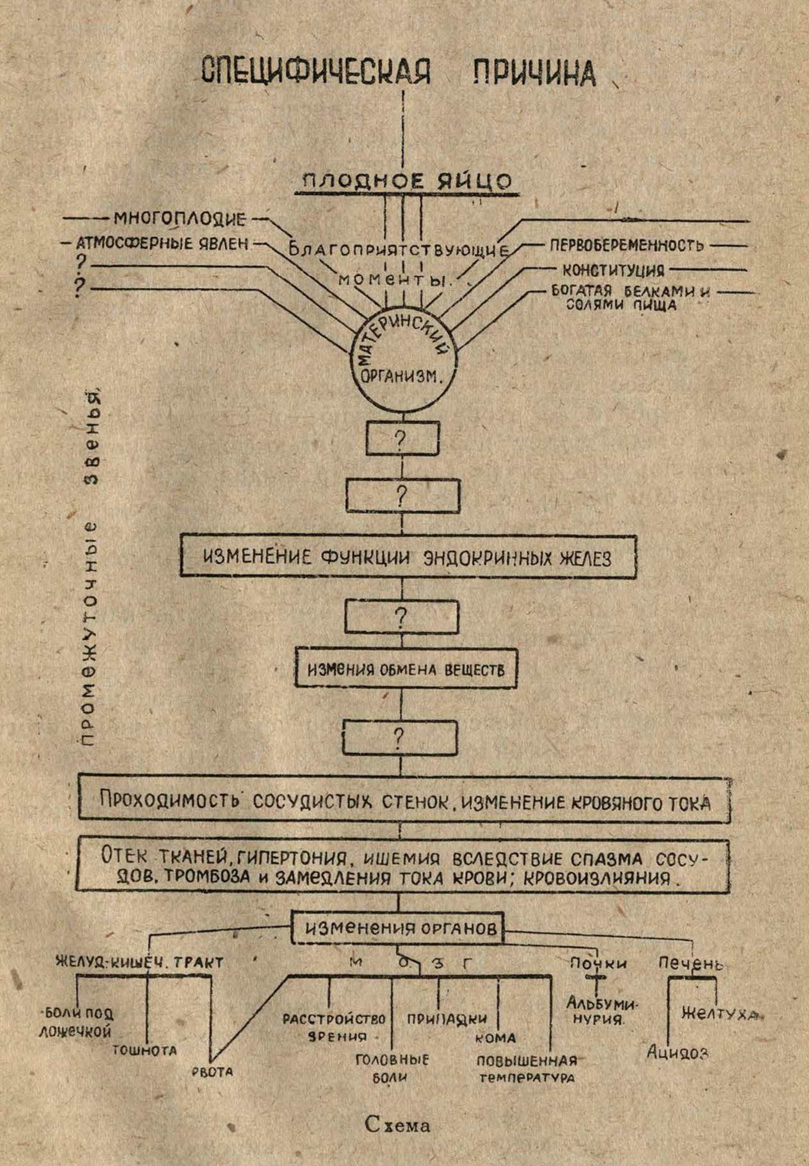
Наконец, одним из важнейших мероприятий по охране материнства является законодательство, предоставляющее отпуск во время беременности.

Кроме того, беременность не может являться причиной непринятия женщины на работу. При беременности женщина не может быть уволена со службы. На фабриках, заводах, предприятиях, учреждениях и колхозах беременной женщине предоставляется право быть перемещенной на более легкую работу.

ТОКСИКОЗЫ БЕРЕМЕННОСТИ

Под названием „токсикозы" об'единяется большая группа расстройств, проявляющихся во время беременности. Эти расстройства не являются следствием наводнения организма какими-либо токсинами, как это можно было бы предположить на основании приведенного определения. Мы имеем тут дело с патологическими, количественно резче выраженными проявлениями, которые, оставаясь в известных пределах, сопровождают и нормальное течение беременности. Указанные патологические проявления могут явиться следствием нарушения функции любого органа беременной. Этим об'ясняется многообразие токсикозов, к которым относятся слюнотечение, рвота беременных, альбуминурия и нефропатия, отек беременных, эклямпсия, острая желтая атрофия, дерматозы и неврозы. Эти заболевания имеют общую причину — изменения в организме матери, связанные с беременностью. Эти изменения, касающиеся всех органов и тканей, резче выраженные при токсикозах, лишь количественно отличаюся от аналогичных изменений при нормальной беременности. Клиническая картина токсикоза и тяжесть его течения зависит от того, какой из органов является наиболее пораженным, и от степени тех изменений, которые в нем произошли. Наше изложение начнем с одного из наиболее тяжелых токсикозов — эклямпсии.

Эклямпсия. Название „эклямпсия" происходит от греческого слова — засверкать, блеснуть; этим термином старые акушеры стремились подчеркнуть внезапность, неожиданность заболевания, поражающего больную, как молния. Однако с развитием науки обнаружилось, что это заболевание поражает беременную далеко не внезапно; появлению эклямптических судорог, как известно, предшествует ряд расстройств, не таких эффектных, как сами судороги, но достаточно характерных и патогномоничных. Эти расстройства, на которые обратил внимание еще Scanzoni, Bar об'единил под общим названием „эклямпсизм". Термины „эклямпсия" и „эклямпсизм" приняты подавляющим большинством современных акушеров. Указанные термины, однако, не характеризуют собой это заболевание, отмечая лишь его кажущуюся внезапность.


СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРИЧИНА
ПЛОДНОЕ ЯЙЦО
МНОГОПЛОДИЕ
АТМОСФЕРНЫЕ ЯВЛЕН
?
?
Благоприятствующие моменты.
ПЕРВОБЕРЕМЕННОСТЬ
КОНСТИТУЦИЯ
БОГАТАЯ БЕЛКАМИ И СОЛЯМИ ПИЩА
МАТЕРИНСКИЙ ОРГАНИЗМ.
промежуточные звенья,
?
?
ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИИ ЭНДОКРИННЫХ ЖЕЛЕЗ
?
ИЗМЕНИЯ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ
?
Проходимость сосудистых стенок. изменение кровяного тока
Отек тканей, гипертония, ишемия вследствие спазма сосудов, тромбоза и замедления тока крови; кровоизлияния.
изменения органов
ЖЕЛУД.-КИШЕЧ. ТРАКТ
мозг
Почки
Печень
боли под ложечкой
тошнота
рвота
расстройство зрения
припадки
кома
головные боли
повышенная температура
Альбуминурия
Желтуха
Ацидоз

Схема

С клинической точки зрения наиболее приемлемой должна явиться классификация, основанная на этиологических моментах и клиническом течении. Принимая во внимание одинаковый характер этиологических факторов, мы не имеем оснований различать эклямпсизм или предэклямпсию от собственно эклямпсии. И эклямпсизм и эклямпсия — явления одного порядка, качественно одинаковые; так называемый эклямпсизм есть начальная стадия процесса, судорожные припадки и кома — его конечная стадия. Для всех этих проявлений одного и того же процесса надо сохранить одно общее название — эклямпсия.

По клиническому течению, по тяжести симптомов мы можем различить три стадии эклямпсии: 1) бессудорожная форма эклямпсии, 2) судорожная форма эклямпсии и 3) коматозная форма эклямпсии.

Наиболее легкая — бессудорожная форма эклямпсии — может перейти во вторую стадию — в судорожную форму; вторая стадия может перейти в третью форму — коматозную эклямпсию; есть случаи, где первая стадия непосредственно переходит в третью стадию.

По вопросу о патогенезе эклямпсии накоплен колоссальный фактический материал, который полностью может быть представлен в следующей схеме (стр. 75).

Как видно из этой схемы, беременность, как специфический фактор, проявляющий свой эффект при наличии частью известных и частью неизвестных еще благоприятствующих моментов, вызывает в организме женщины целый ряд сложнейших процессов; эти процессы в конечном итоге проявляются целым рядом клинических симптомов, дающих характерную картину эклямпсии.

Между первым звеном — плодом и конечным звеном — клиническими симптомами эклямпсии имеется сложная цепь явлений, следующих в определенной последовательности друг за другом. Часть этих звеньев (изменения печени, почек, изменения в мозгу, спазм сосудов, проходимость сосудистой стенки, отек ткани, изменения обмена веществ, усиленное поступление инкретов задней доли гипофиза) более или менее изучена; другие же звенья, а таких, повидимому, большинство, еще не обнаружены и не дают возможности замкнуть эту сложнейшую цепь.

Нам кажется, что несколько последних звеньев этой цепи располагаются следующим образом: непосредственному проявлению клинических симптомов эклямпсии предшествуют известные изменения в мозгу, в эндокринной системе и в ряде паренхиматозных органов. Изменения в полости черепа вызывают судорожные припадки, явления со стороны глазного

дна, головные боли, повышенную температуру, рвоту; изменения в почках—альбуминурию и отчасти гипертонию; изменения печени—ацидоз и желтуху; изменения желудочно-кишечного тракта—тошноту, рвоту, боли под ложечкой и т. д. Изменения указанных органов вызываются предшествующим звеном — отеком тканей и их ишемией, вследствие спазма сосудов, тромбоза, замедления тока крови. Указанные изменения кровяного тока возникают вследствие выхода жидкости из кровяного русла в окружающую ткань через порозные стенки сосудов эклямптичек и благодаря изменившемуся минеральному обмену, белковому и липоидному составу крови. Недостаточность доступа крови к таким чувствительным клеткам, какими являются клетки мозга, эндокринных и паренхиматозных органов, напряжение в этих клетках, благодаря избыточному количеству жидкости, сдавление их вследствие отека межуточной ткани—вот факторы, вызывающие обнаруженные патолого-анатомические изменения в органах; эти изменения ведут к извращению или к полному угасанию функции пораженных органов.

Отеку тканей и спазму сосудов, тромбозу и сгущению крови предшествуют увеличивающаяся проходимость сосудистых стенок, гиперпитуитринизация и изменение обмена веществ. Между этими звеньями и первым звеном—плодом—имеется целый ряд звеньев, характер и последовательность которых в настоящее время еще неясны и ждут своего разрешения.

Клиническое течение бессудорожной формы эклямпсии характеризуется целым рядом симптомов. Установить резкую грань между оставшимися в пределах нормы изменениями, связанными с беременностью и ее патологическими проявлениями, не всегда бывает легко. Первым и самым частым симптомом является гипертония; повышение максимального кровяного давления выше 135 *мм* является ненормальным и служит показателем начинающейся бессудорожной формы эклямпсии. Гипертония, в дальнейшем обычно прогрессируя, достигает иногда 200 *мм* и выше. Нарастающая гипертония обычно служит признаком ухудшения процесса. К этому первому симптому в подавляющем большинстве случаев вскоре присоединяется и альбуминурия, не всегда одинаково резко выраженная. Количество белка в моче может колебаться в больших пределах; бывая в начале заболевания незначительным, оно перед появлением судорог иногда достигает больших величин, занимая при производстве соответствующих реакций всю пробирку. В некоторых случаях альбуминурия отсутствует и появляется лишь во время самого припадка или после него. Альбуминурия нередко сопровож-

дается олигурией, которая, прогрессируя в тяжелых случаях, может перейти в полную анурию. При микроскопическом исследовании осадка находят нередко почечный эпителий, зернистые и гиалиновые цилиндры, единичные эритроциты.

Отеки в этой стадии процесса являются частым, но не обязательным симптомом. Степень отеков может быть различна и не идет параллельно с нарастанием функциональных изменений почек; степень отеков не служит также показанием тяжести процесса. Резкие отеки нередко сопровождают легкие случаи эклямпсии и, наоборот, в тяжелых, смертельно заканчивающихся случаях отеки зачастую отсутствуют, либо очень слабо выражены. В дальнейшем течении процесса могут присоединиться жалобы со стороны желудка (тошнота, рвота, боли под ложечкой). В далеко зашедших случаях, обычно переходящих в следующую стадию — судорожную форму эклямпсии,—могут появиться головные боли (особенно в передней части головы) и в некоторых случаях расстройства со стороны зрения. В некоторых, к счастью редких, случаях к этим симптомам присоединяется и желтуха, указывающая на тяжелое поражение печени; такие случаи протекают чрезвычайно тяжело и нередко переходят в третью стадию процесса—коматозную форму—и дают очень высокий процент смертности.

Вторая форма — судорожная форма эклямпсии отличается от бессудорожной формы присоединением ряда симптомов, из которых появление судорожных припадков является наиболее характерным.

Появлению припадков обычно, за редкими исключениями, предшествует нарастание симптомов, присущих предыдущей бессудорожной форме эклямпсии. При появлении головных болей и расстройства зрения, указывающих на усиление мозговых явлений, можно почти безошибочно ожидать наступления судорог.

Иногда припадку предшествуют боли в пояснице, одышка, сонливость, редко — возбужденное состояние. В большинстве же случаев больные, в противовес эпилептичкам, не предчувствуют наступления припадка. Припадок судорог при эклямпсии обычно непродолжителен и длится не более 1—2 минут. Описанные случаи очень длительных судорог, в 10—20 минут, повидимому, являются целой серией быстро следующих друг за другом отдельных припадков. Из 31 случая эклямпсии клиники Воронежского мединститута с точно зарегистрированной продолжительностью припадков припадки длились меньше 1 минуты в 12 случаях; в 7 случаях они длились от 1 до 2 минут и в 12 случаях — от 2 до 3 минут.

В течение самого припадка можно различать 4 периода: 1) период наступления припадка, 2) период тонических судорог, 3) период клонических судорог и 4) последующую кому.

Для первого периода характерны непроизвольные легкие сокращения мышц лица: лоб сморщивается, веки несколько дрожат, глаза закатываются кверху, язык высовывается изо рта и снова прячется; голова делает качательные движения, руки слегка дрожат, большой палец сгибается. Указанный период очень непродолжителен (несколько секунд) и часто проходит незамеченным.

Второй период гораздо продолжительнее и длится от 20 секунд до $^1/_2$ минуты. Больная сразу становится неподвижной, принимая характерную позу резкого напряжения; голова запрокидывается назад и вбок, лицо обращается в противоположную сторону; суженные в начале припадка зрачки в дальнейшем расширяются; закатившиеся кверху глаза неподвижны; зубы плотно стиснуты, ущемляя нередко высунувшийся изо рта язык; туловище выгнуто, к нему плотно приведены руки со сжатыми кулаками. Вследствие тонического сокращения грудных мышц, мышц гортани и диафрагмы, дыхание прекращается; больная находится в стадии асфиксии, она вся синеет, лицо резко отекает, принимая темнофиолетовый цвет. Но внезапно этот труп оживает, его пронизывают резкие движения — наступает предпоследний, третий период припадка — период клонических судорог. Больная делает глубокий вдох и очень шумный выдох; вследствие скопления слюны и слизи в дыхательных путях, дыхание очень шумное, клокочущее; изо рта обильно выделяется пенистая слюна, окрашенная в розовый цвет, вследствие примеси крови из прикушенного языка. Голова делает резкие качательные и вращательные движения. Веки, глазные яблоки и рот находятся в беспрерывном движении. Туловище более или менее спокойно; движения ног нерезко выражены: они как бы делают слабые попытки оттолкнуться от кровати. В особенно резком движении находятся руки: их то отбрасывает в стороны, то приводит к туловищу; кисти рук движутся вверх и вниз вдоль живота. Указанные резкие движения, очень быстрые вначале, постепенно замедляясь, прекращаются, и больная, сделав глубокий вдох, снова становится неподвижной и впадает в бессознательное состояние. Период клонических судорог — самый продолжительный и длится около $^3/_4$ минуты.

Количество припадков бывает различным — от одного до несколько десятков. Описаны случаи, где наблюдались 100, 121 припадок. Следует также отметить очень легкие случаи, где при слабо выраженных клинических проявлениях эклампсии

в конце второго периода или же сразу после него наступает несколько легких припадков, не сопровождающихся комой.

Промежутки между отдельными припадками колеблются в различных пределах от нескольких минут до многих часов. В этом отношении течение эклампсии представляет пеструю картину: в одних случаях припадки следуют друг за другом с небольшими промежутками и сразу обрываются; в других случаях промежутки между припадками все больше и больше удлиняются и после продолжительного перерыва наступают 1—2 последних легких припадка; в третьих случаях после ряда припадков наступает длительный, в несколько часов, перерыв, после чего припадки снова возобновляются. В тяжелых случаях заболевание может начаться с одного припадка, за которым после длительного перерыва, иногда в несколько часов, начинается новая серия припадков.

Наконец, в тяжелых случаях коматозное состояние продолжается и после прекращения припадков — наступает третья стадия эклампсии — ее коматозная форма, к которой мы еще вернемся несколько дальше.

При судорожной форме эклампсии редко отсутствуют изменения со стороны мочи. Как правило, моча в этом периоде содержит большое количество белка; даже в тех случаях, где белка раньше не было, он появляется во время припадка или после него. Очень важное значение имеет количество мочи, которое во время припадков резко уменьшается, доходя нередко до полной анурии.

Судорожная форма эклампсии иногда сопровождается повышением температуры. Регулярные измерения температуры во время самого приступа обнаружили под'ем ее до значительных цифр, даже до 40°. Нередко температура и между припадками остается повышенной. Пульс между припадками напряжен, хорошего наполнения; во время припадков он часто делается малым, трудно ощутимым; в большинстве случаев пульс эклямптички несколько учащен — до 90 ударов в одну минуту; более значительное учащение наблюдается обычно в тяжелых случаях.

Далеко зашедшие изменения печени являются тяжелейшим осложнением эклампсии. Появление желтухи и болезненности в области печени — чрезвычайно грозные симптомы, в большинстве случаев предопределяющие смертельный исход. Случаи с глубокими поражениями печени нередко протекают атипично, по своей клинической картине мало напоминая судорожную форму эклампсии; они приближаются к последующей стадии — к коматозной форме эклампсии.

Выздоровление эклямптичек обычно идет довольно медленно; в большинстве случаев сознание больных после

последнего припадка восстанавливается постепенно; лишь на 2—3-й день, а иногда и позже психическое состояние больных совершенно приходит к норме. Еще медленнее восстанавливается функция ряда других органов.

Быстрее всего начинает восстанавливаться функция почек; обильное мочеотделение обычно начинается на 2-й, реже на 3-й день после прекращения припадков. Белок в моче держится значительно дольше. Повторные исследования мочи через много месяцев после эклямпсии обнаруживают наличие белка в 6—7% обследованных случаев. Чем тяжелее протекает эклямпсия, тем дольше держится белок в моче; последующие изменения почек встречаются чаще у пожилых и у многорожавших, чем у молодых первородок.

Уменьшение отеков идет сравнительно быстро; особенно скоро исчезают отеки в тех случаях, где конец припадков совпадает приблизительно с опорожнением матки.

Так же быстро ликвидируются и расстройства зрения в тех случаях, где они имели место.

Кровяное давление, которое начинает быстро спадать после эклямпсии, все же еще в течение довольно долгого времени продолжает оставаться выше нормальных цифр.

Головные боли, уменьшаясь в своей интенсивности сравнительно быстро, все же не совсем покидают больную и могут беспокоить ее еще в течение долгого времени. Жалобы на головные боли отмечаются в большом числе случаев много месяцев после эклямпсии, исчезая в конце концов совершенно.

Третья форма эклямпсии — коматозная, более редко встречающаяся, отличается тяжестью своего течения. Коматозная форма может развиваться из предыдущей — судорожной формы, когда больная, впав в коматозное состояние после припадков, не выходит из них и после их прекращения. В других случаях больная из бессудорожной стадии сразу переходит в коматозную, минуя стадию припадков („эклямпсия без судорог“ ряда авторов). Иногда при этой форме наблюдаются рудиментарные припадки в виде подергиваний мышц лица и рук.

Задачи консультации заключаются в том, чтобы, своевременно распознав начинающиеся формы бессудорожной эклямпсии, соответствующими мероприятиями предотвратить дальнейшее развитие процесса.

С этой целью у каждой беременной необходимо регулярно (1 раз в месяц, а в последние 2 месяца беременности — каждые 2 недели) измерять кровяное давление, производить количественный и качественный анализ мочи; в случаях нарастающей альбуминурии, при наличии значительных отеков, необходимо также следить за количеством выделяемой в

течение суток мочи. Регулярные взвешивания являются неотъемлемым методом исследования беременной. Еженедельное прибавление в весе в последние месяцы беременности составляет в среднем 400 *г*. Более быстрое нарастание веса, свидетельствуя о задержке тканями жидкости, указывает на появление скрытых отеков. Необходимо при каждом посещении беременной в последние месяцы удостовериться в отсутствии мозговых явлений: тошноты, рвоты, болей под ложечкой, головных болей, тех или иных расстройств зрения.

С развитием метода капилляроскопии было изучено состояние сосудов при эклямпсии. При помощи этого метода у эклямптичек обнаружено удлинение и расширение капиллярных петель, прерывистость кровяного тока, длительные стазы и кратковременные опустения (спазм капилляров); иногда получается впечатление, что отдельные капиллярные петли или целые капиллярные участки временно исчезают; это вызывает временное побледнение соответствующего участка кожи. Почти аналогичные изменения были обнаружены и в капиллярах глазного дна, причем с ухудшением течения эклямпсии замедление тока крови в капиллярах глазного дна превращается в длительный стаз; капилляры становятся явно цианотичными; все эти явления держатся довольно долго, и лишь спустя несколько недель капилляры приобретают нормальную ширину, длину и обычный кровяной ток.

В последние годы S e i t z обратил внимание на то, что при эклямпсии гальваническая возбудимость мышц значительно понижена. К концу нормальной беременности, по его наблюдениям, гальваническая нервно-мышечная возбудимость значительно повышается; вместо обычных 1,8 миллиампера, воздействующих на nervus medianus, мышцы реагируют сокращением и на значительно более слабый ток в 0,9 миллиампера. При эклямпсии эта возбудимость значительно ослабевает: мышца реагирует лишь на ток большей силы, в среднем в 2,7 миллиампера; указанные явления наблюдаются и в предэклямпсии с большей закономерностью, чем повышение кровяного давления, и рекомендуются S e i t z'o м как ценный предэклямптический симптом.

Л е ч е б н ы е   м е р о п р и я т и я, применяющиеся при эклямпсии, должны вестись в двух направлениях. С одной стороны, надо стремиться устранить те моменты, которые благоприятствуют возникновению эклямпсии. Но устраняя эти моменты, можно предотвратить лишь наступление дальнейших расстройств. Поэтому, с другой стороны, необходимы мероприятия для ликвидации уже происшедших изменений в организме. Если бы мы всегда умели установить тот этап, до которого эти изменения продвинулись, естественно было бы

направить наши мероприятия на устранение данного этапа промежуточных изменений. Но пока этого нет, наши мероприятия мы направляем на устранение или предотвращение одного из последних звеньев — на устранение отека тканей и изменение состава крови, которые, по нашим представлениям, играют решающую роль в возникновении патолого-анатомических изменений в органах эклямптичек.

Уменьшение тканевого отека и разжижение крови достигаются введением в кровяное русло гигроскопических веществ; одним из лучших гигроскопических веществ является раствор сернокислой магнезии.

При наличии незначительного повышения кровяного давления, отеков средней степени и нерезкой альбуминурии наши мероприятия ограничиваются назначением клизм из сернокислой магнезии и уменьшением белковой пищи. Для клизм рекомендуется профильтрованный 3-проц. раствор Magn. sulfur., который в подогретом до 38—39° C виде вводится в rectum дважды в день по 100 куб. *см.* Такое лечение проводится в течение нескольких дней. При появлении раздражения со стороны прямой кишки введение клизм временно прекращается. Одновременно с этим больной рекомендуется ограничение белковой и солевой пищи. Мясо, только белое, и рыба разрешаются 2—3 раза в шестидневку, количество потреблямой соли не должно превышать 5—7 *г* в день. При высоком давлении — 150 *мм* и выше, — при значительных отеках, при прогрессирующей альбуминурии потребление белковой пищи запрещается; количество соли уменьшается до 1 *г* в день; ежедневный прием жидкости не должен превышать 1 литра. Сернокислая магнезия вводится интрамускулярно в количестве 25—30 куб. *см* 25-проц. раствора. При наличии мозговых явлений (тошнота, рвота, головные боли, расстройства зрения) больная помещается в стационар, ей назначается безбелковая, бессолевая диэта и внутремышечные ин'екции Magn. sulfur. до 4 раз в сутки.

В вопросе о лечении судорожной формы эклямпсии существуют три точки зрения. Сторонники активной терапии рекомендуют во всяком случае эклямпсии, сопровождающемся припадками судорог, опорожнять как можно скорее матку. Приверженцы консервативной терапии стремятся общим режимом и медикаментозными мероприятиями купировать явления, присущие эклямпсии. Третья точка зрения придерживается терапии средней линии. Одни начинают с консервативной терапии и в случае неуспеха переходят к опорожнению матки. Другие же, индивидуализируя каждый случай, при легком течении применяют консервативную терапию, а при тяжелом — активную.

Большой статистический материал и опыт нашей клиники дают нам основание считать консервативный метод наиболее действительным, дающим наименьшую смертность.

До последних лет наиболее популярным методом консервативной терапии был способ Строганова. Согласно этому способу для ограждения больной от внешних раздражений ее помещают в отдельную, удаленную от шума, затемненную, теплую, хорошо проветриваемую комнату; все исследования и все манипуляции проводятся под общим хлороформенным наркозом. Больная обогревается подкладыванием грелок к ногам и к области почек; ей дают обильное питье (горячий чай с молоком). При бессознательном состоянии больной жидкость вводится через прямую кишку; положение больной часто меняется; рот и нос очищаются от слизи. При плохом пульсе дают сердечные: наперстянку, кофеин, камфору. Помимо указанных мероприятий, вводятся наркотики по определенной схеме.

При поступлении вводится 1—2 куб. *см* 1-проц. раствора морфия;
через 1 час от начала лечения — 1,5 — 2,5 *г* хлорал-гидрата в клизмах,
через 3 часа „ „ „ снова ин'екция указанного количества морфия
через 7 „ }
через 13 „ } хлорал-гидрат в клизмах по 1,5—2,5 *г*;
через 21 „ }

после каждого припадка — кислород. В тяжелых случаях рекомендуется кровопускание до 400 куб. *см*. При наличии соответствующих условий производится родоразрешение через влагалище. При открытии зева у многорожавших на 2, а у первородящих — на 3 пальца производится разрыв пузыря.

За последние годы мы отдаем предпочтение лечению судорожной формы эклямпсии сернокислой магнезией. Больная помещается в теплое, сухое, хорошо проветриваемое, затемненное помещение. При поступлении дается общий эфирный наркоз и вводится интрамускулярно 30 *г* 25-проц. раствора сернокислой магнезии. Под наркозом проводится обследование больной. Через 4 часа ин'екция указанного количества сернокислой магнезии повторяется. При непрекращающихся припадках и при наличии длительного коматозного состояния ин'екции сернокислой магнезии повторяются до 4 раз в сутки. В тяжелых случаях после второй ин'екции делаем кровопускание в количестве 800 *г*. Родоразрешения не ускоряем. Сернокислая магнезия как гигроскопическое вещество, способствуя удалению жидкости из тканей, уменьшает тканевой отек, разжижает кровь; благодаря этому улучшается кровообращение, уменьшается или вовсе исчезает напряжение

в тканях; устраняются, следовательно, моменты, вызывающие анатомические и функциональные изменения паренхиматозных органов. И действительно, литературные данные и наш материал свидетельствуют о том, что применение сернокислой магнезии в комбинации с указанным режимом дает наилучшие результаты.

Острая желтая атрофия печени. В редких, к счастию, случаях изменения, наблюдающиеся в печени и при нормальной беременности, могут зайти слишком далеко и повести к непоправимым поражениям печеночной ткани. Обычно заболевание начинается с появления желтухи; через некоторое время желтуха начинает прогрессировать, появляются тошнота, рвота, и больная после сравнительно короткого периода возбуждения впадает в коматозное состояние; последнее длится недолго — 2—4 дня, в течение которых больная и погибает. Об'ективно, помимо резкой желтухи, констатируется быстро прогрессирующее уменьшение печени; в моче обнаруживаются лейцин и тирозин. Указанное заболевание, как правило, смертельно. Быстрое опорожнение матки при развившейся картине острой желтой атрофии печени не в состоянии спасти больную. Родоразрешение может быть предпринято лишь при доношенном плоде в его интересах. Поэтому при всех случаях желтухи беременные должны немедленно помещаться в стационар для выяснения причины icterus'a и для назначения соответствующей терапии.

Неукротимая рвота беременных. Каждому известно, что тошнота и рвота, главным образом, по утрам, сопровождают большинство случаев беременности в первые 3 месяца. Обычно такая рвота не вызывает расстройства здоровья беременной, в терапии не нуждается и, начиная с 4-го месяца, идет на убыль. Но иногда рвота, учащаясь, истощает больную и, сопровождаясь рядом симптомов, переходит в так называемую неукротимую рвоту беременной — hyperemesis gravidarum. В этих случаях рвота бывает раз 10—20 в день и больше. Больная не может принимать никакой пищи; она падает в весе; количество гемоглобина уменьшается, появляется олигурия; в моче обнаруживается белок, гиалиновые и зернистые цилиндры, изредка эритроциты; в тяжелых случаях в моче находят ацетон, ацетоноуксусную кислоту, иногда лейцин и тирозин. В дальнейшем может появиться дурной запах изо рта, желтуха, субфебрильная температура, сонливость.

Приступая к лечению такой больной, необходимо помнить о том, что с наступлением 4-го месяца беременности обычно рвота сама собой прекращается; наша задача заключается в том, чтобы довести больную до этого срока. Спе-

цифического лечения неукротимой рвоты не существует. Наши мероприятия направляются на уменьшение симптомов неукротимой рвоты и на замещение теряемой жидкости и подвоз питательных веществ.

Первый прием пищи рекомендуют производить в кровати. Приемы пищи должны быть не обильными, но частыми. В тяжелых случаях бывает полезно двухдневное голодание, потом постепенный переход к приему сначала жидкой, а потом и твердой пищи. Пища должна соответствовать вкусу больной. Внутрь рекомендуют прием соляной кислоты: ac. muriatici diluti 4,0 на 200,0 по полчайной или чайной ложке на прием 3 раза в день. Некоторые рекомендуют прием внутрь кокаина (cocaini muriat. 0,03×3), орексина (orexini basici 0,3=3 раза в день), ментола (по 0,3 на прием). Ввиду больших потерь соляной кислоты, удаляемой со рвотными массами, мы вводим ежедневно в вену гипетронический раствор (10%) поваренной соли в количестве 5 *г*. Другие авторы видели успех от внутривенных введений 10-проц. хлористого кальция в количестве 5—10 куб. *см*. Некоторые рекомендуют подкожное вспрыскивание фолликулина, аутогемотерапию, введение нормальной сыворотки; мы успеха от этих способов не наблюдали. Для возмещения теряемой жидкости мы вводим подкожно или in rectum 5-проц. раствор глюкозы от 200 до 500 куб. *см* ежедневно. Рекомендовано также комбинированное введение глюкозы с инсулином; инсулин вводят подкожно ежедневно, начиная с 5 единиц; ежедневно прибавляют по одной единице и, дойдя до 10 единиц, продолжают в дальнейшем вводить эту дозу. За полчаса до введения инсулина вводят 100—1000,0 10-проц. раствора глюкозы. В некоторых случаях, когда больная не в состоянии принимать пищу, показано назначение питательных клизм. Лечение целесообразнее всего проводить в условиях стационара. Нередко одно только из'ятие больных из домашней обстановки оказывает благотворный эффект. В тех редких, к счастью, случаях, где лечение не оказывает эффекта, и появляются признаки ухудшившегося состояния больной (стойкое падение веса, малый пульс, повышение температуры, icterus, появление патологических элементов в моче, стойкое уменьшение количества гемоглобина), приходится прервать беременность.

С л ю н о т е ч е н и е редко достигает таких размеров, что нуждается в лечении. Часто чрезмерное слюнотечение является спутником неукротимой рвоты. Лечится, как и последняя. Кроме того, назначаются вяжущие полоскания, полоскания с t-rae myrrhae (t-rae myrrhae, t-rae Rathaniae ana 25,0) по 15 капель на $^1/_2$ стакана воды и сернокислый атропин (0,0005—0,001 per os или подкожно).

Дерматозы. При беременности могут наблюдаться различные поражения кожи: эритемы, pruritus, экзема, herpes и очень тяжелое, чаще всего смертельное заболевание — impetigo herpetiformis. Дерматозы с успехом лечатся подкожным введением нормальной лошадиной сыворотки, внутримышечными ин'екциями сернокислой магнезии (по 30 *г* 25-проц. раствора); хорошие отзывы имеются о подкожных вспрыскиваниях по 10—20 куб. *см* сыворотки беременных. Одновременно с этим необходимо урегулировать питание, ограничив поступление белков, жиров и пряностей, и заботиться о регулярном опорожнении кишечника. При impetigo herpetiformis показано немедленное прерывание беременности.

Помимо приведенных заболеваний, об'единенных под названием „токсикозы беременности", врачу консультации приходится иметь дело и с другими осложнениями.

Из них пиэлит беременных является серьезным и иногда упорным заболеванием, встречающимся как в первой, так и во второй половине беременности.

Больные могут жаловаться на односторонние боли в пояснице; симптом Пастернацкого в этих случаях бывает положительным. Температура во многих случаях повышается. В моче обнаруживают небольшое количество белка, много лейкоцитов, лоханочный эпителий, много эритроцитов. Терапия заключается в покое, в назначении тепла на область поясницы, обильного питья, даче уротропина, лучше внутривенно (40-проц. раствор до 5 куб. *см*), в нераздражающей диэте. В упорных случаях показана катетеризация мочеточников и промывание лоханок слабым раствором ляписа.

КРОВОТЕЧЕНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Кровотечения в первую половину беременности могут зависеть: 1) от выкидыша, 2) пузырного заноса, 3) внематочной беременности, о которой будет сказано в отдельной главе.

Выкидыш. Мы различаем самопроизвольный и искусственный выкидыш. Причины самопроизвольного выкидыша весьма разнообразны. Острые инфекции (тифы, скарлатина, пневмония, корь и т. д.) нередко ведут к преждевременному прерыванию беременности. Меньшее значение имеют хронические инфекции. Сифилис вызывает привычное прерывание беременности чаще во второй половине; для него характерно наступление нескольких выкидышей подряд во все возрастающие сроки. Хроническая гонорея, сопровождающаяся обширным поражением слизистой оболочки матки, также бывает причиной выкидыша в первые месяцы. Известны случаи наступления выкидыша при туберкулезе. Но, повидимому, в этих случаях имеет значение не столько туберкулезная инфекция, сколько сильный кашель, сопровождающий это заболевание. Хронический нефрит, при котором нередко наблюдается образование белых инфарктов в плаценте, может также повести к выкидышу. Недостаточно развитая мускулатура матки, наблюдающаяся при инфантилизме, при астенической конституции, при пороках развития, при миоматозном перерождении, обширные разрывы шейки также нередко служат причиной преждевременного прерывания беременности.

Травматические повреждения, особенно нижней части живота, в редких, правда, случаях также могут вызвать преждевременную отслойку и изгнание плода. Отравление некоторыми веществами (фосфор, ртуть, свинец, большие дозы хинина) иногда способствуют аборту.

Искусственный выкидыш можно разделить на две группы: 1) законный выкидыш, производимый по определенным показаниям врачом в больничной обстановке, и 2) преступный выкидыш, производимый малоквалифицированным или вовсе неквалифицированным лицом или производимый врачом не в больничной обстановке без соответствующих медицинских показаний.

Симптомами самопроизвольного выкидыша являются схваткообразные боли, не всегда, однако, резко выраженные, и кровянистые выделения разной интенсивности. Если при внутреннем исследовании шейка матки оказывается неукороченной, наружный зев закрытым,—мы говорим об угрожающем выкидыше. Если имеется незначительное укорочение шейки, зев слегка приоткрыт, воды не прошли — говорим о начинающемся выкидыше.

В обоих этих случаях есть надежда сохранить беременность. Беременной предписывается постельное содержание, которое отменяется лишь спустя 3—4 дня после полной остановки кровотечения. Одновременно назначаются опиаты и белладона, лучше всего per rectum (t-rae opii 7 кап.; extr. Belladonae 0,02) в клизме или в свечках 3 раза в день и вспрыскивается интрамускулярно пролан до 50 *м. с.* или 10 куб. *см* мочи беременных на 1—$2^1/_2$ месяце беременности. Per os назначается extr. Viburni prunifolii по 20—25 капель 3 раза в день. Ин'екции пролана или мочи беременных рекомендуются производить каждые 2 недели в течение всей беременности. Указанный метод лечения дает безусловно хорошие результаты и при привычном выкидыше.

При укорочении шейки, значительном открытии зева сохранить беременность обычно не удается; в этих случаях яйцо может выйти целиком, что чаще наблюдается в первые 2 месяца беременности; происходит полный выкидыш; кровотечение в этих случаях обычно прекращается и дело обходится без вмешательства. В большинстве же случаев происходит неполный выкидыш: часть яйца, обычно плод, выходит, остальная часть остается; матка, не опорожнившись, не может сократиться; кровотечение продолжается. Лечение выкидыша, сопровождающееся кровотечением, состоит в опорожнении матки.

Если есть уверенность в том, что наступление выкидыша не было вызвано никакими преступными внутриматочными манипуляциями, лучшим способом опорожнения матки является выскабливание тупой кюреткой (в первые 3—$3^1/_2$ месяца беременности) или пальцевое удаление (в более поздние сроки). В противном случае лучше от немедленного опорожнения матки отказаться, при отсутствии, конечно, сильного кровотечения. В этом случае и при наличии явлений, указывающих на инфекцию (повышенная температура, ускоренная РОЭ, болезненные придатки), с инструментальным или пальцевым освобождением матки следует выждать. Больной назначается хинин ($0,3 \times 3$ per os и $0,25 \times 3$ интрамускулярно) в течение двух дней; в матку вводится небольшой метрейринтер, а при отсутствии его, нижний отдел матки и влагалище

тампонируются на 12—24 часа. Это часто вызывает сокращение матки; остатки яйца отделяются и по извлечении метрейринтера или тампона изгоняются. Если же этого не произойдет и если в течение 2—3 дней пребывания больной в стационаре указаний на инфекцию не будет, можно приступить к инструментальному или пальцевому опорожнению матки.



Рис. 35. Пузырный занос (из Штеккеля).

При пузырном заносе ворсинки хориона благодаря слизистой дегенерации превращаются в пузырьки от просяного зерна до лесного ореха величиной. Все яйцо или часть его представляет собою скопление указанных пузырьков, напоминающих по своему внешнему виду грозди винограда (рис. 35). Плод в этих случаях гибнет. Симптомами пузырного заноса служат кровянистые выделения, быстрое увеличение матки, отхождение пузырьков. Очень ценным диагностическим признаком является реакция Zondeck-Aschheim'а, которая получается положительной и с разведенной в несколько раз мочой. Нередко при пузырном заносе яичники оказываются увеличенными, вследствие образования в них кист желтого тела. Указанные кисты, как правило, исчезают после удаления пузырного заноса (рис. 36).

Пузырный занос подлежит удалению из полости матки. Ввиду того, что стенка матки, пронизанная разрастающимися пузырьками, может иногда истончаться, опорожнение матки должно производиться с большой осторожностью. Лучше всего добиться этого дачей хинина, введением метрейринтера или тампонацией нижнего отдела матки и влагалища. В случае неуспеха или при необходимости сделать быстрое опорожнение из-за сильного кровотечения, приходится произвести очень осторожно пальцевое или инструментальное (тупой кюреткой) удаление пузырного заноса.

После выписки из стационара больная должна в течение нескольких месяцев находиться под врачебным наблюдением, так как после пузырного заноса иногда развивается хорионэпителиома. Нормальная величина матки, отсутствие кровянистых выделений, правильный менструальный цикл свидетельствуют о выздоровлении. Очень ценной оказывается реакция Z o n d e c k - A s c h h e i m'а; отрицательный ее результат дает полное основание исключать наличие остатков пузырного заноса и хорионэпителиомы.

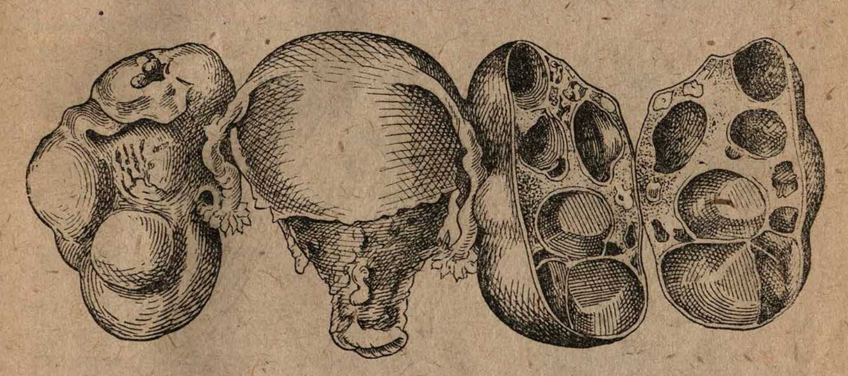


Рис. 36. Лютсиновые кисты при пузырном заносе (из Штеккеля).

К р о в о т е ч е н и я в о в т о р о й п о л о в и н е б е р е м е н н о с т и могут происходить либо: 1) вследствие предлежания детского места, либо 2) вследствие преждевременной отслойки нормально расположенного детского места, либо 3) вследствие разрыва пузыря при плевистом прикреплении пуповины.

П р е д л е ж а н и е д е т с к о г о м е с т а. Различают следующие виды предлежания детского места. Если низко прикрепленная плацента граничит со внутренним зевом, но не покрывает его, мы говорим о краевом предлежании (pl. praevia marginalis). Боковым или частичным предлежанием (pl. pr. lateralis s. partialis) обозначаем те случаи, когда над внутренним зевом расположена лишь боковая часть детского места. Когда плацента расположена настолько низко, что она целиком покрывает внутренний зев, мы имеем дело с центральным или полным предлежанием (pl. pr. centralis s. totalis) (рис. 37). Однако следует заметить, что во время родов в зависимости от прогрессирующего открытия шейки один вид предлежания может переходить в другой.

В очень редких случаях ворсинки низко прикрепленного яйца, не находя в слизистой оболочке шейки благоприятной

почвы, распространяются в мышечный слой ее, образуя pl. pr. cervicalis accreta (рис. 38).

Частота предлежания детского места колеблется в отдельных учреждениях в значительных пределах: от 1 на 500 до 1 на 150 родов. Из всех случаев предлежания детского места pl. pr. centralis встречается в 20—25%. В остальных случаях имеется боковое, либо, реже, краевое предлежание.

Предлежание детского места у многорожавших встречается в 8-9 раз чаще, чем у первобеременных. Это дает повод

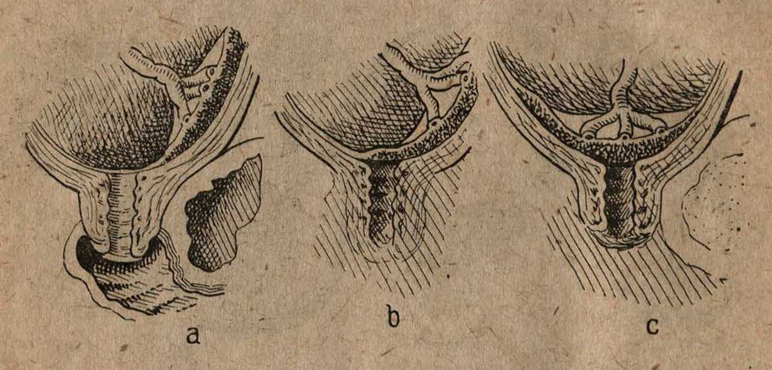


Рис. 37. Предлежание детского места: а — краевое, б — боковое, с — центральное (из Штеккеля).

считать воспалительные процессы слизистой оболочки матки основным фактором низкого прикрепления яйца. Гене предполагает, что воспаленная слизистая оболочка матки сохраняет мерцательные реснички на всем своем протяжении и после овуляции. Вследствие этого яйцо, попадая в матку, передвигается мерцанием ресничек книзу, к внутреннему зеву, и там оседает. Трудно, конечно, допустить, чтобы воспалительный процесс, в той или иной степени повреждающий эпителиальную клетку, оставил нетронутым такие нежные элементы ее, какими являются мерцательные реснички. Более правдоподобным является допущение, что при наличии воспалительного процесса количество секрета маточных желез повышается и покрывает слизистую оболочку матки густым слоем, не дающим яйцу притти в соприкосновение со слизистой; вследствие этого оно скользит по ней вниз, где оседает и затем имплантируется. Можно допустить, что в некоторых случаях яйцо попадает в матку раньше нормального срока—еще до полного развития своего трофобласта; не имплантируясь вследствие этого в полости матки, оно в силу

своей тяжести опускается ниже. Тут по соседству с внутренним зевом оно в конце концов достигает соответствующего развития и оседает.

Кровотечения из половых органов будут единственной жалобой больных. Источником кровотечения являются маточно-плацентарные сосуды или синусы, которые разрываются или вскрываются, как только начнется отслойка нижнего участка плаценты от стенок матки. Такая отслойка явится следствием либо маточных сокращений, происходящих еще в конце беременности, либо следствием наблюдавшегося в конце беременности растяжения и удлинения маточного перешейка. Кровотечения при pl. praevia обычно появляются без всяких предвестников, нередко среди полного покоя, даже ночью. Количество теряемой крови колеблется в значительных пределах: от нескольких капель до очень обильных, угрожающих жизни кровопотерь. Иногда дело ограничивается однократным кровотечением. В этих случаях вскрытые сосуды тромбируются, и кровотечение может вовсе не повторяться или снова появиться лишь во время родов. Чаще же мы имеем дело с повторными кровотечениями различной интенсивности, которые и являются характерными для предлежания последа. Промежутки между отдельными кровопотерями могут колебаться от нескольких часов до многих дней и даже недель. Обычно количество теряемой крови находится в зависимости от степени предлежания последа; наиболее интенсивные кровопотери наблюдаются при центральном предлежании последа; нередко при этой форме уже первая кровопотеря бывает очень обильной. Однако в этом отношении иногда могут встретиться исключения: небольшие кровопотери—при центральном и обильные — при краевом предлежании. Хотя появление кровотечений, особенно повторных, в конце беременности и в первом периоде родов достаточно характерны для предлежания последа, все же окончательный диагноз должен быть поставлен на основании об'ективного исследования. Иногда наружное обследование живота дает некоторые данные, подтверждающие предположение о pl. praevia. Вследствие уменьшения емкости таза предлежащей плацентой головка обычно лежит высоко над

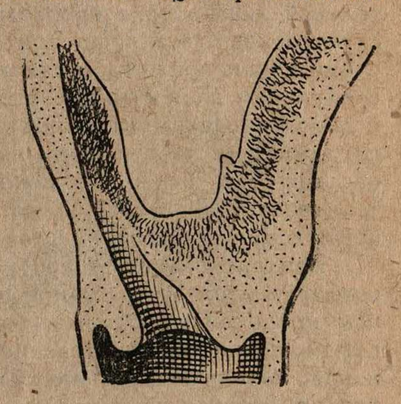


Рис. 38. Placenta praevia cervicalis accreta (из Швейтцера).

входом в таз; поперечные положения и ягодичные предлежания встречаются значительно чаще обычного.

В некоторых редких случаях над лобком, чаще слева от средней линии, удается определить предлежащую плаценту, дающую ощущение пастозности при пальпации. Это ощущение пастозности выступает яснее при сравнении его с пальпаторными данными противоположной стороны, свободной от плаценты. Но обычно предлежащая плацента располагается больше кзади, несколько влево, и поэтому определение ее при наружном исследовании возможно далеко не всегда. Окончательная диагностика предлежания плаценты в большинстве случаев возможна лишь при внутреннем исследовании, допустимом, как правило, в стационаре. При закрытом зеве исследующий палец ощущает реже в переднем, чаще в заднем и левом сводах, мягкую подстилку, лежащую между ним и предлежащей частью. При небольшом даже открытии зева исследующий палец, проникая в канал шейки, сразу же наталкивается на губчатую ткань, целиком или частично покрывающую внутренний зев.

Всякая больная, у которой диагносцируется или только подозревается предлежание плаценты, даже при незначительном кровотечении, должна быть помещена в стационар. При незначительном кровотечении больной предписывается полный покой, назначаются опиаты, белладона. Постельное содержание отменяется спустя лишь несколько дней после полного прекращения кровянистых выделений.

При наличии сильного кровотечения приходится вмешиваться, выбирая тот или иной способ (разрыв пузыря, метрейриз, комбинированный поворот, фиксация предлежащей головки, кесарское сечение) в зависимости от степени предлежания, от количества потерянной крови, от срока беременности. Известное влияние должен оказать и характер учреждения, имеющего или не имеющего возможность производить у себя чревосечение.

П р е ж д е в р е м е н н а я о т с л о й к а н о р м а л ь н о р а с п о л о ж е н н о й п л а ц е н т ы может быть вызвана рядом моментов. Травма в нижнюю часть живота играет в этом отношении значительную роль; отслойка в этих случаях наступает либо сразу после травмы, либо спустя некоторое время. Большое значение имеют также токсикозы беременности, при которых, наряду с изменениями в слизистой оболочке, безусловную роль играют и колебания внутрибрюшного давления, например, при рвоте беременных, при эклямптических судорогах.

Отслойка плаценты может наступить и при короткой или укороченной вследствие обвития пуповины. При перемеще-

ниях плода, при его поступательном движении во время родов пуповина натягивается и может вызвать отслойку плаценты. Из общих причин следует упомянуть о нефрите, пороках сердца, базедовой болезни.

Отслойка плаценты сопровождается кровотечением, сила которого, как правило, зависит от величины отслоившегося участка. Если отслойка произошла только в центральной части плаценты, а периферия ее еще находится в соединении

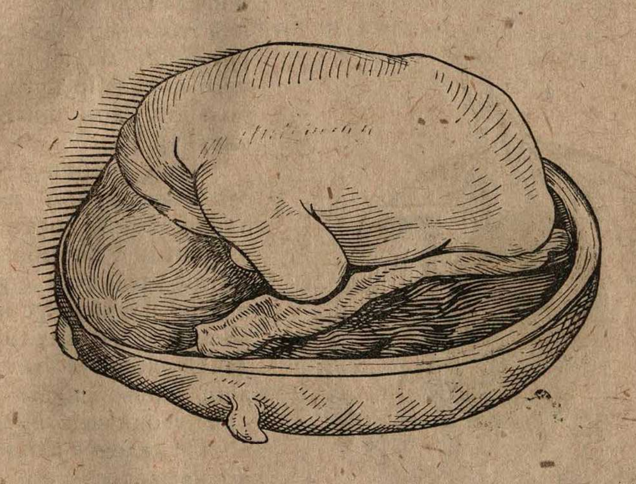


Рис. 39. Преждевременная отслойка детского места (из Штеккеля).

с маточной стенкой, наружного кровотечения не будет. Кровь будет скопляться между плацентой и маточной стенкой, которая будет все больше и больше растягиваться (рис. 39). Кровь из матки появится лишь тогда, когда отслоится и периферия плаценты, и кровь, попавшая в полость матки, найдет себе выход наружу, отделив в силу своей тяжести оболочки от матки.

Диагностика преждевременной отслойки может быть установлена на основании следующих симптомов. Как указывалось, наружное кровотечение далеко не всегда сопровождает это осложнение. При внутриматочном кровотечении нарастающая анемия и изменения матки свидетельствуют о преждевременной отслойке плаценты. Степень анемии зависит от количества потерянной крови и, следовательно, от степени отслойки плаценты. Благодаря наполнению матки кровью она быстро увеличивается в своем об'еме, делается напряженной, болезненной при пальпации. На месте ретроплацентарной гематомы консистенция матки несколько мягче, чем

в остальных участках. Сердцебиение плода становится глухим и совершенно исчезает при отслойке половины всей плаценты. При сильном растяжении матки больная отмечает боль в нижней части живота.

При значительной отслойке плаценты единственным способом спасти плод, а нередко и мать, является быстрое опорожнение матки: при недостаточном открытии—кесарское сечение, при полном открытии—щипцы при вставившейся головке—поворот и извлечение при подвижной головке; в момент опорожнения матки и после него показано применение больших доз эрготина и питуитрина.

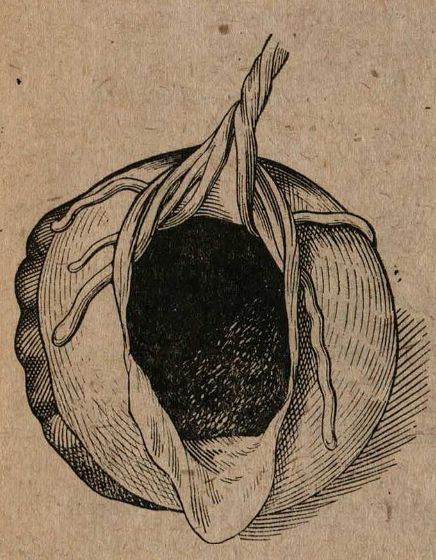


Рис. 40. Плевистое прикрепление пуповины (из Штеккеля).

При незначительной отслойке и при мертвом плоде, при недостаточном открытии с опорожнением матки можно не спешить; в этих случаях ускорение раскрытия стимулируется дачей хинина, метрейризом, низведением ножки при ягодичных предлежаниях; удаление плода предпринимается при достаточном открытии.

Когда пуповина прикрепляется не к плаценте, а к оболочкам плода — говорят о плевистом прикреплении пуповины. Пуповина может прикрепляться к оболочкам на любом расстоянии от края плаценты. В этих случаях от плаценты к пуповине между амнионом и хорионом идут сосуды, не окруженные вартоновой студенью (рис. 40). При разрыве пузыря могут разорваться указанные пупочные сосуды. Это будет сопровождаться кровотечением. Так как вытекает кровь плода, это осложнение для матери опасности не представляет.

Диагноз плевистого прикрепления не труден. Характерным является появление кровотечения впервые в момент разрыва пузыря. Это кровотечение продолжается и в дальнейшем. Сердцебиение плода ухудшается и может при продолжающемся кровотечении вовсе исчезнуть; общее состояние матери остается без изменений. Быстрое родоразрешение является единственным способом спасти плод.

Из других моментов, вызывающих кровотечения во время беременности, необходимо иметь в виду разрыв варикозных узлов наружных половых органов, влагалища и шейки матки. Наружный осмотр и исследование зеркалами дают возможность быстро поставить диагноз. Лечение заключается в тугой тампонации и, еще лучше, в обкалывании разорвавшегося узла выше и ниже кровоточащего места.

Эрозии, полипы и рак шейки матки также могут явиться причиной кровянистых выделений. Анамнез и осмотр зеркалами в этих случаях обычно достаточны для выяснения причин кровотечения.

ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Внематочной или эктопической (дистопической) называют беременность, при которой яйцо развивается не в полости матки, а имплантируется не доходя до матки. Еще недавно это заболевание считалось сравнительно редким, но за последнее время оно стало встречаться значительно чаще. Различные статистики считают, что один случай внематочной беременности приходится на 500—1 000 родов. В качестве причин наблюдающегося увеличения частоты внематочной беременности называют гонорею, аборт, противозачаточные средства, а также совершенствование медотов диагностики, что, несомненно, увеличивает число распознанных случаев этого заболевания. Различают брюшную беременность, трубную, яичниковую и, в частности, в зависимости от того, в каком месте трубы имплантировалось яйцо, говорят об ампуллярной, истмической или интрестициальной беременности (рис. 41). Брюшная беременность разделяется на первичную и вторичную. Первичной брюшная беременность называется в тех редких случаях, когда яйцо с самого начала развивается в брюшной полости; при более часто встречающейся вторичной беременности яйцо вначале развивается в трубе и лишь потом выходит в брюшную полость. Наиболее часто (в 99% случаях) при внематочной беременности яйцо развивается в трубе. Поэтому наибольшее практическое значение имеет именно трубная беременность, течение которой мы и рассматриваем как типичное.

Причины, вызывающие внематочную беременность, доныне недостаточно выяснены. Некоторые исследователи полагают, что внематочная беременность является следствием неправильностей в формировании яйца и в первую очередь его чрезмерно быстрого развития, почему оно еще во время пребывания в трубе покрывается трофобластом и внедряется здесь в слизистую оболочку. Другие об'ясняют внематочную беременность изменениями внутрисекреторной деятельности яичников и наступающими вследствие этого ослаблением перистальтики трубы и замедлением продвижения яйца. Наконец, большинство считает причиной внематочной беременности патологические состояния труб (воспаления, опухоли,

дивертикулы, добавочные ходы, недоразвитие, эндометроидные гетеротопии), мешающие правильному прохождению яйца по трубе. Общепринятого мнения, какое именно из вышеуказанных изменений труб вызывает внематочную беременность, нет. Вероятнее всего, что причины ее многообразны.

Оплодотворенное яйцо, привившись в трубе, вызывает общую и местную реакцию. Общая реакция обусловливается его гормональным влиянием и мало отличается от реакции при нормальной беременности. Матка увеличивается вследствие гипертрофии и гиперплязии мышечных волокон, в ней образуется отпадающая оболочка, появляется гиперемия и отечное пропитывание всех половых органов и все изменения в организме женщины, свойственные беременности вообще. На месте прикрепления яйца происходит гипертрофия тканей трубы, образование отпадающей оболочки, окутывающей яйцо, образуется плацента. Однако рост трубы обычно резко отстает от роста яйца и вскоре труба растягивается и истончается. Ворсинки, внедряясь в мышечную ткань трубы, вызывают особенно сильное истончение ее стенки на месте имплантации яйца, а происходящее при этом разрушение глубоких сосудов ведет к кровоизлиянию в яйцо и к умиранию последнего. Смерть яйца и перерастяжение трубы вызывают в ней антиперистальтические движения, и яйцо, если оно развивается в ампуллярном конце трубы, изгоняется в брюшную полость — наступает трубный аборт.

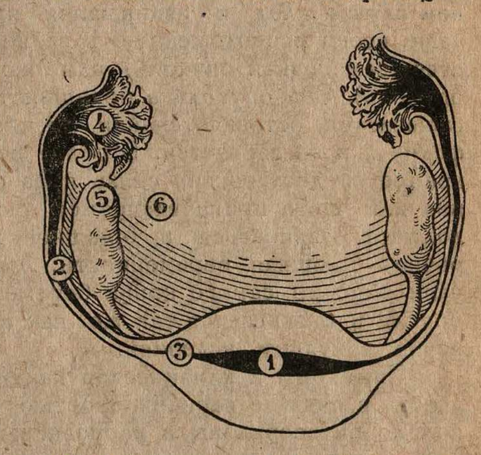


Рис. 41. Горизонтальный разрез внутренних половых органов, демонстрирующий различные возможности прикрепления яйца (из Бумма): 1 — нормальное прикрепление яйца; 2 — беременность в перешейке трубы; 3 — интерстициальная беременность; 4 — беременность в ампуле трубы; 5 — яичниковая беременность; 6 — брюшная беременность.

В случае истмической беременности обычно происходит разрыв трубы и яйцо выпадает в брюшную полость через отверстие в стенке трубы, образовавшееся чаще всего на месте его внедрения. В обоих случаях разрываются сосуды, и наступает внутрибрюшное кровотечение, которое более

сильно при разрыве трубы и особенно когда разрывается место имплантации яйца, обильно снабженное расширенными кровеносными сосудами. Такое кровотечение может повести к быстрому летальному исходу (от обескровливания).

Дальнейшая судьба плода, если женщина остается жива и не было оперативного вмешательства, зависит от состояния его питания. Чаще всего яйцо отделяется настолько, что питание его становится невозможным и оно умирает. В таком случае плод и излившаяся кровь образуют опухоль, чаще всего расположенную в заднем Дугласовом пространстве (заматочная опухоль) или около трубы (перитубарная опухоль). Эта опухоль в большинстве случаев медленно рассасывается, оставляя спайки, но иногда, при попадании инфекции, и нагнаивается. В более редких случаях, когда сохраняется достаточная связь яйца с местом его прикрепления или часто припаивающимся сюда сальником, оно продолжает развиваться в брюшной полости—получается вторичная брюшная беременность. Лишь в исключительных случаях яйцо до самого конца беременности остается в полости трубы и развивается так же, как и в полости матки, но, конечно, в худших условиях.

Симптомы и клиническая картина внематочной беременности в связи с вариабильностью ее течения и исхода довольно разнообразны, а распознавание ее нередко представляет большие затруднения. Особенно трудно распознать ненарушенную внематочную беременность в первые месяцы ее существования.

Анамнез в этих случаях не отличается от анамнеза при нормальной беременности. Лишь в редких случаях имеются указания на периодически появлявшиеся схваткообразные боли в области той или другой трубы. При об'ективном исследовании также находят все признаки обычной беременности и опухоль трубы, которую трудно отличить от воспалительной. Понятно, что правильный диагноз в этих случаях встречается лишь как исключение. В более поздние сроки находят, что матка менее увеличена, чем это следовало ожидать по анамнезу, и рядом с нею опухоль значительных размеров, отличающуюся от воспалительных опухолей и новообразований подвижностью и консистенцией. Отмечается также, что анамнез не дает об'яснений существованию опухоли. В подобных случаях огромную роль играет наблюдение (в стационаре), показывающее, что рост матки идет медленнее, чем при нормальной беременности, в то время как опухоль быстро увеличивается. Легче всего распознается свежепрервавшаяся внематочная беременность. Здесь мы имеем характерный анамнез — инсульт после непродолжительной, иногда

даже в несколько дней, задержки менструаций. Инсульт проявляется резкими болями, наиболее выраженными в паховой области, кровотечением из половых органов (чаще незначительным) и явлениями внутреннего кровотечения (обморок, головокружение, слабость, мелькание в глазах, недостаток воздуха, холодный пот). При осмотре отмечается резкая бледность кожи и слизистых оболочек, частый и слабый пульс, защитное напряжение и болезненность при пальпации в нижней части живота, больше с одной стороны, симптом Блюмберга; температура нередко субнормальная.

Перкуссия, если внутреннее кровотечение значительно, обнаруживает притупление в ниже расположенных частях живота. При бимануальном исследовании матка имеет признаки беременности, наружный зев закрыт, своды влагалища, чаще с одной стороны, выпячены и над ними прощупывается жидкость или тестоватая опухоль, пальпация в этом месте резко болезненна.

В некоторых случаях пальпаторные данные дают мало указаний: матка как бы плавает в жидкости, в сводах, за исключением некоторого напряжения и болезненности, ничего не прощупывается.

В сомнительных случаях делают пункцию заднего свода; получение темной крови с мельчайшими сгустками, заметными при выливании ее на марлевую салфетку, а под микроскопом отсутствие в крови монетных столбиков и наличие измененных эритроцитов — подтверждает наличие внематочной беременности.

В ближайшие после инсульта дни РОЭ ускорена, число эритроцитов уменьшено, число лейкоцитов нормально или несколько увеличено, формула крови сдвинута влево. Более редкие признаки нарушенной внематочной беременности: посинение пупка (Каллен-Геллендаля), боли, отдающие в плечо (френикус-симптом), и отхождение отпадающей оболочки в виде пленки, при гистологическом исследовании которой обнаруживаются децидуальные клетки и отсутствие ворсинок.

При давно нарушенной внематочной беременности в анамнезе имеется инсульт после задержки менструаций и после него упорные темные в небольших количествах кровянистые выделения из половых органов, не поддающиеся никаким терапевтическим мероприятиям. Иногда женщина жалуется на тупые боли в нижней части живота. При исследовании обнаруживается опухоль, располагающаяся позади матки или около трубы (рис. 42). Она неправильно округленной формы, эластической (иногда с флюктуацией) консистенции, выпячивает соответствующий свод и несколько болезненна при паль-

пации, слизистая свода смещается над ней. Подвижность опухоли значительно ограничена, если опухоль и смещается, то вместе с ближайшими органами (труба, матка). Несколько увеличенная и тестоватая матка обычно смещена вперед,

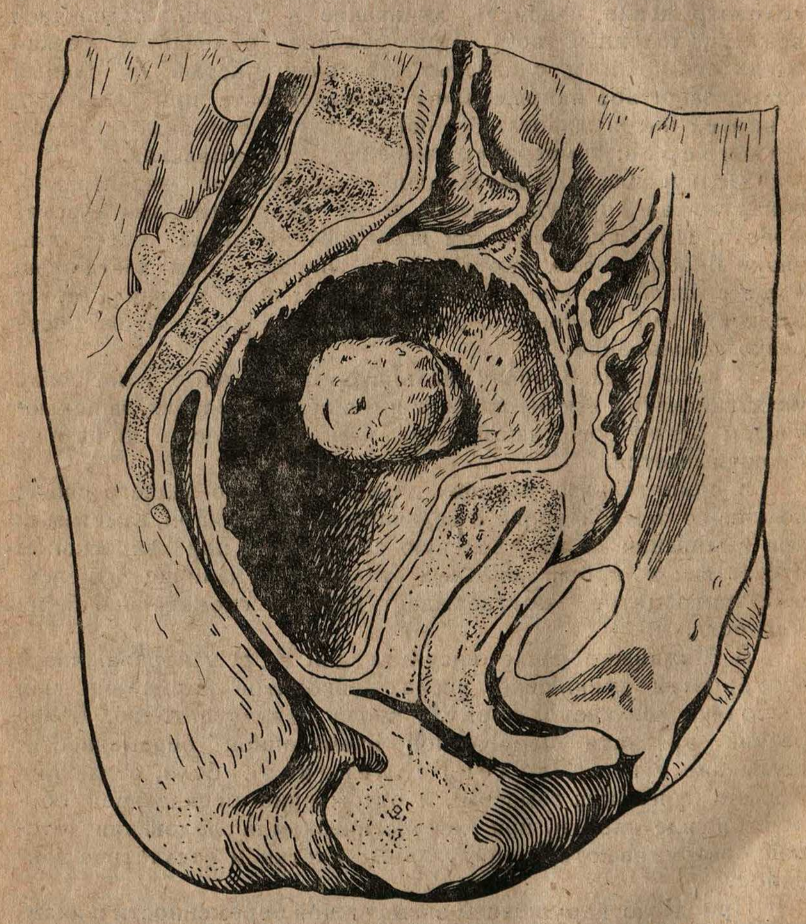


Рис. 42. Позадиматочная кровяная опухоль. Сагиттальный разрез (из Бумма).

а иногда и в сторону. Весьма важным признаком кровяной опухоли является изменение картины при повторном исследовании: опухоль или заметно уменьшается (рассасывается) или увеличивается (от новых кровоизлияний). В сомнительных случаях показана пункция заднего свода.

Внематочная беременность во второй половине — обычно вторичная брюшная беременность. В этом случае мы имеем анамнез беременности и указание на перенесенный в начале ее инсульт. Одновременно беременная отмечает чрезмерную болезненность движений плода.

При наружном исследовании оказывается, что плод прощупывается необычно четко (легко определяются мелкие части) и что отсутствует наблюдаемое обычно при исследовании и затрудняющее его сокращение матки. При дальнейшей пальпации и особенно при бимануальном исследовании рядом с головкой плода находят опухоль, которая оказывается маткой.

Распознанная внематочная беременность должна быть немедленно оперативно удалена, так как всегда представляет собою грозную опасность для женщины. Инсульт может повториться и дать роковой исход. Но опасно не только повторение инсульта. При самом благоприятном исходе (рассасывание) на месте опухоли образуются спайки, годами беспокоящие женщину; если же в сгусток крови попадает инфекция, возникает нагноение и опасность перитонита.

При ненарушенной и свеженарушенной внематочной беременности, а также при внематочной беременности поздних сроков оперируют через брюшную стенку; при давно нарушенной — через брюшную стенку и через влагалище; при кровяной опухоли с признаками попадания в нее инфекции (усиление болей, повышение температуры, высокий лейкоцитоз) — оперируют через влагалище.

НЕПРАВИЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПЛОДА

В громадном большинстве случаев (99,5%) плод к моменту родов лежит в правильном или продольном положении. В 0,5% всех родов ось плода и продольная ось матки перекрещиваются под прямым или острым углом, т. е. плод имеет неправильное (поперечное или косое) положение.

По клиническому течению и механизму родов чистые поперечные положения не отличаются от косых положений.

В основу подразделения поперечных положений кладется положение головки: если головка лежит в левой стороне матки — 1-е поперечное положение, или 1-я позиция; если в правой — 2-е поперечное, или 2-я позиция. Если спинка плода обращена к передней стенке матки — передний вид; если к задней — задний вид.

Поперечное положение чаще встречается у многорожавших. Это об'ясняется вялостью брюшных стенок и стенок самой матки, что и является чаще всего причиной неправильных положений.

Из других причин возникновению поперечного положения способствует узость таза, предлежание последа или наличие опухоли, загромождающей тазовый вход, многоводие, изменение формы матки (uterus arcuatus, uterus bicornis), короткая пуповина, беременность двойнями, мертвый плод.

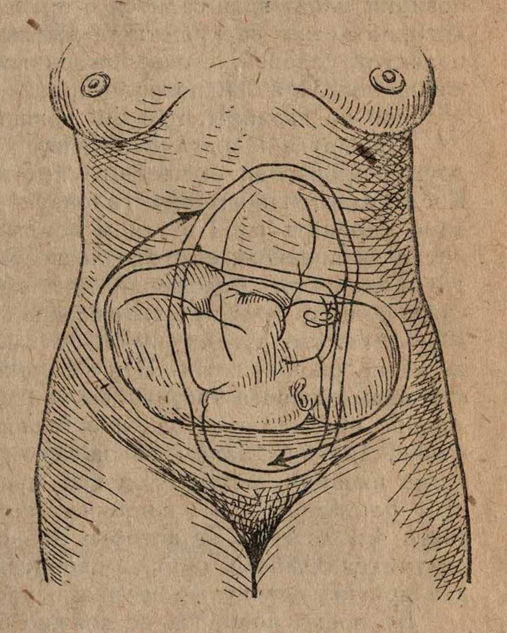
В большинстве случаев поперечное положение определяется при простом осмотре живота. Его расширенная в поперечном направлении форма и невысокое стояние дна матки уже обращают на себя внимание.

Диагноз поперечного положения подтверждается данными наружного исследования: предлежащей части нет, нижний сегмент матки пуст, в одной из сторон живота определяется плотная баллотирующая часть — головка; в противоположной стороне — ягодицы.

Под брюшными покровами легко определяется спинка, если она обращена кпереди, или мелкие части, если имеется задний вид.

При ведении родов надо придерживаться следующего образа действий. В начале родов до отхождения вод пытаемся сделать наружный поворот и фиксировать плод в продольном поло-

жении (рис. 43). Если поворот не удается, стараемся сохранить воды как можно дольше. Укладываем беременную набок, во влагалище вводим кольпейринтер. Если же воды отошли, при неполном открытии зева вводим довольно об'емистый метрейринтер в матку, а затем после рождения метрейринтера делаем внутренний поворот и извлечение. Если же воды отошли давно, плечо плотно вколочено — имеем запущенное поперечное положение, и роды заканчиваются путем эмбриотомии.


Рис. 43. Поперечное положение (из Штеккеля).

Одним из грознейших осложнений при поперечных положениях является разрыв матки, не говоря уже о послеродовых заболеваниях из-за вмешательства. Случаи самоповорота, т. е. самопроизвольного исправления положения плода в момент отхождения вод, наблюдаются лишь при легких косых положениях. Случаи же самоизворота (маленький или мертвый плод) чрезвычайно редки.

В общем, по данным разных авторов, мы имеем при поперечном положении от 3 до 9% материнской смертности и до 30% детской смертности.

Эта цифра смертности может быть снижена профилактической работой консультации. С одной стороны, эта работа сводится к своевременной госпитализации беременных с поперечным положением в родильном отделении; с другой стороны, к профилактическому наружному повороту во время беременности.

Не все акушеры являются сторонниками последнего метода; некоторые из них предостерегают против наружного поворота в консультации из опасения преждевременных родов, отслойки последа, обвития пуповины вокруг шеи плода.

Другие же рекомендуют исправлять наружными приемами поперечное положение. Во всяком случае осторожный поворот, производимый без особых усилий, а путем нежных, рассчитан-

ных движений, никогда не принесет большего вреда, чем роды в поперечном положении. Если на 10-м лунном месяце в консультации диагносцируется еще поперечное положение, то шансы на перемещение плода в нормальное положение невелики, и вполне уместно приступать к наружному повороту.

Техника наружного поворота такова: после определения позиции плода врач садится с правой стороны от беременной, которая лежит на кушетке с вытянутыми ногами, слегка приподнятой головой, с освобожденным мочевым пузырем и кишечником. При 1-й позиции правая рука кладется на головку, а левая на ягодицы, при 2-й позиции — наоборот.

Одна рука направляет головку по окружности матки книзу, другая производит давление в противоположном направлении. Когда удается поставить головку в центре над тазом, необходимо укрепить плод в таком положении. Можно делать поворот и на ягодицы, если это легче удается. Укрепление плода в продольном положении достигается путем бандажа и специальных подушечек, имеющих приблизительно размер 10—15 кв. *см*, а толщину 2—3 *см*. Набиваются они обычно ватой не очень плотно. Эти подушки располагаются по обеим сторонам живота так, чтобы одна из них сдерживала тенденцию предлежащей части отклоняться в свое прежнее положение, другая с таким же расчетом по отношению к лежащей в дне плотной части. Подушки прибинтовываются специальным бандажом или широким полотняным бинтом. Можно взять 4 полотенца, из которых два сшить между собой, чтобы получился длинный бинт, и свернуть его вдвое по ширине, а два других, свернутые валиками, употребляются как пелоты.

Во время поворота не должно быть насилия, и женщина не должна ощущать боли. После фиксации плода указанным способом рекомендуется не снимать бандажа круглые сутки и лежать на том боку, куда отклоняется предлежащая часть, а через 1—2 дня назначается явка в консультацию. Если плод снова занял свое неправильное положение — делается снова поворот с вышеуказанной фиксацией. Обычно достаточно 2-3-кратного поворота, чтобы плод занял устойчивое нормальное положение. Если поворот не удался, надо обязательно госпитализировать беременную за $1^1/_2$—2 недели до родов.

УЗКИЙ ТАЗ

„Цифровые размеры таза еще не определяют узости таза" — говорит Отт. И если десятка два лет назад все внимание акушеров сосредоточивалось исключительно на измерении таза, то теперь учитывается и вся конституция женщины: костяк, мускулатура, состояние всего организма в целом.

Современное представление об узком тазе не ограничивается только анатомическими размерами таза, но охватывает его функциональную или клиническую сторону: соответствие таза с головкой плода, способность вставления и конфигурация головки, сила родовой деятельности.

Средние размеры таза у женщин разных национальностей различны.

На данной таблице представлены размеры женского таза у разных народов:

	Немецких женщин	Русских женщ.	Польских женщ.	Еврейских женщин	Армянских женщин	Тюркских женщин	Китайских женщин
D. sp.	26	23,8	23,1	22,6	23,4	25,4	22
D. cr.	29	27	27,1	26	26,2	28,1	26,5
D. trochan.	31	—	31,1	29,4	30,4	30,9	29,3
Con. ext.	20	19	18,7	18,1	19,4	19,4	18,8

Анатомически суженным считается таз, размеры которого уменьшены на $1^1/_2$ — 2 *см*, что составит 10—15% всех тазов, между тем как с функциональной недостаточностью мы имеем дело всего в 3—5% всех родов. Все анатомически суженные тазы по классификации Лицмана делятся на следующие формы:

1) Равномерно-общесуженный или недоразвитый таз (таз инфантиличек, таз карлиц).

2) Плоский таз.

3) Рахитически плоский таз.

4) Общесуженный плоский таз.

5) Кососуженный таз: а) коксалгический, б) сколиотический, в) негелевский таз.

6) Поперечно-суженный (Robert'овский) таз.

7) Спондилолистетический таз.

8) Воронкообразный таз: а) кифотический, б) мужской таз, в) ассимиляционный таз,

9) Таз с костными опухолями или экзостозами.

10) Расщепленный таз.

Оценка величины и формы таза производится на основании его осмотра, наружного и внутреннего исследования и точного измерения.

Важны также данные анамнеза, с помощью которых мы узнаем, со скольких лет беременная начала ходить (рахит), не лежала ли в детстве в постели по поводу заболевания позвоночника или нижних конечностей и, наконец, если женщина повторнородящая, узнаем, как протекали предыдущие роды.

Затем производится наружный осмотр и общее исследование скелета. Квадратная форма головы, рахитические искривления конечностей, куриная грудь, рахитические четки говорят о перенесенном рахите. Искривление позвоночника, коксит, изменение нижних конечностей, сопровождающееся хромотой, укажут на асимметрический таз, имеющийся кифоз даст указание на возможность кифотического поперечно-суженного таза. Общие явления инфантилизма: маленький рост, плохое развитие волосистости на туловище, общая нежность и тонкость костей заставят подумать об инфантильном тазе.

Обращают внимание на ромб Михаэлиса, который у хорошо сложенных женщин имеет вид почти правильного квадрата. У инфантиличек он узок, с заостренными углами кверху и книзу, при рахитических плоских тазах он имеет неправильную форму: чем резче выражен плоский таз, тем ниже и меньше становится верхняя половина ромба, а иногда она совсем исчезает и ромб превращается в треугольник; при кососуженных тазах ромб имеет неправильную форму.

Для полной оценки таза необходимо взвесить степень наклонения таза. Под наклонением таза принято понимать угол, образующийся при пересечении плоскости входа в таз с горизонталью (рис. 44). В среднем он равен 60°. Но так как лоно по отношению к мысу может стоять выше или ниже,

то угол наклонения может колебаться. Увеличенному наклонению таза с углом выше 60° соответствует расположение резко кзади наружных половых органов, выраженный лордоз поясничной части позвоночника и неполное смыкание внутренней поверхности бедер. Тогда как при уменьшенном наклонении таза лоно поднято вверх, наружные половые органы выступают вперед, лордоз позвоночника отсутствует, бедра плотно смыкаются. Малое наклонение таза благоприятствует нормальному течению родов; большое наклонение таза влияет на течение родов в смысле осложнений (разрыв промежности, вялость родового акта), а во время беременности большое наклонение таза предрасполагает к развитию отвислого живота.

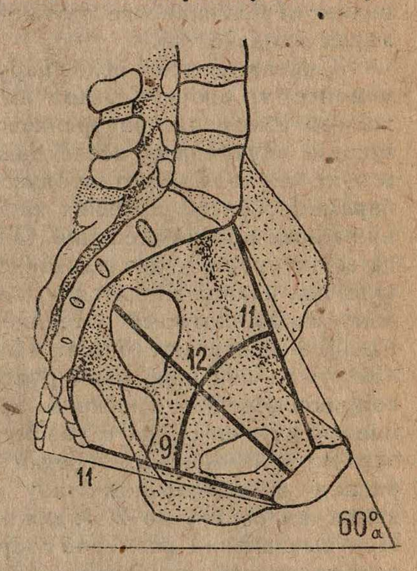


Рис. 44. Угол наклонения таза (из Бумма).

Кроме наклонения таза взвешивается высота лонной кости, достигающей в норме 4 *см*, толщина лонной кости и всего костяка; с этой целью измеряется сантиметровой лентой лучезапястный сустав (индекс Соловьева). Если окружность лучезапястного сустава больше 15 *см*, то это неблагоприятный признак, указывающий на толщину кости и, следовательно, на уменьшение внутренних размеров таза. Наружные измерения таза имеют важное значение в условиях работы консультации, так как позволяют судить о величине таза и могут служить указанием на необходимость внутреннего исследования, которое при нормальных размерах таза обычно не производится, если беременность достигла 4-го месяца. Измерению подлежат:

1) distantia spinarum — расстояние между самыми наружными точками передних, верхних остей, подвздошных костей;

2) distantia cristarum — расстояние между самыми отдаленными точками гребешков подвздошных костей;

3) distantia trochanter — расстояние между вертлугами бедренных костей;

4) conjug externa — расстояние между самой выдающейся точкой лобка и ямкой, образованной на спине между остистым

отростком последнего поясничного и первого крестцового позвонка.

При измерении таза ножки тазомера устанавливаются на самых наружных точках измеряемых пунктов и плотно к ним прижимаются.

Вычитая из наружной коньюгаты $9^1/_2$—10 *см*, получаем размер внутренней коньюгаты (conjug. vera). Этот размер позволяет в большинстве случаев приблизительно судить о размерах входа в таз.

Считают, что если наружная коньюгата равна 18 *см* и менее, то это указывает на возможность сужения и необходимо измерение внутреннего диагонального диаметра помощью внутреннего исследования. Внутреннее исследование в этих случаях может производиться до 9 лунных месяцев беременности (в условиях работы консультации) с соблюдением всех правил асептики. Определение диагональной коньюгаты внутренним исследованием производится так: исследующие два пальца вводятся во влагалище по направлению к заднему своду, который оттесняется кзади и кверху, а кончики пальцев достигают мыса. После этого рука упирается под лоно и на ней наружной рукой делается отметка места ее соприкосновения с нижним краем лона. Затем рука вынимается из влагалища и тазомером измеряется расстояние от верхушки пальцев до отметки — это диагональная коньюгата, равная в нормальном тазу $12^1/_2$ *см*. Из этого размера вычитаем от $1^1/_2$ до 2 *см* для получения истинной коньюгаты. При вычислении размеров conjug vera по conjug. duagon необходимо учесть высоту стояния и степень наклонения лона. При высоком и отклоненном вперед лоне вычитаем 2 *см*, при низком и малоотклоненном — $1^1/_2$ *см*.

По Лицману все тазы можно разбить на 4 степени сужения, соответственно длине conjug. vera:

I степень	C. V.	от 11 до 9	*см*
II „	C. V.	„ 9 „ 7	„
III „	C. V.	„ 7 „ $5^1/_2$	„
IV „	C. V.	ниже $5^1/_2$	„

При I степени сужения (C. V. от 11 до 9 *см*) роды протекают нормально, без особых нарушений для матери и для плода.

Если C. V. ниже $5^1/_2$ *см*, то роды per vias Naturales исключены. Производится кесарское сечение при абсолютных показаниях. Если C. V. от 7 до $5^1/_2$ *см*, то также делается кесарское сечение на живом плоде при относительных показаниях, с согласия матери, а на мертвом плоде — перфорация и краниоклазия.

При средних степенях сужения от 9 до 7 *см* больше всего трудностей при решении вопроса о терапии родов. Этот вопрос решается обычно не в консультации, а в стационаре. Если данные роды повторные, то вопрос ставится в зависимости от течения предыдущих родов; если они протекали ненормально и плод родился мертвым, может встать вопрос о кесарском сечении, с согласия женщины.

Акушерская клиника Воронежского мединститута следующим образом проводит роды в таких случаях: для сохранения целости вод до полного открытия зева роженицу укладывают в кровать, проводя наблюдение за ней в том смысле, чтобы она спокойнее вела себя, не металась, не вскакивала с кровати. Если через 3—6 часов после отхождения вод при хорошей родовой деятельности головка не вставляется — производится, с согласия роженицы, кесарское сечение. Если головка установилась во входе в таз и имеется достаточное открытие зева — перед нами стоит ответственная задача решить, пройдет ли головка вход в таз. Решение этого вопроса облегчается методами функциональной оценки путем сравнения величины головки и таза. Альфельд и Цангмейстер впервые предложили после измерения conjug. exter., оставляя заднюю ножку циркуля на месте, перенести переднюю с лона на наиболее выдающуюся точку головки, стоящей над входом в таз. Если этот размер меньше размера коньюгаты, можно рассчитывать на произвольные роды. Если коньюгата и головной размер одинаковы, для самопроизвольного окончания родов необходима сильная родовая деятельность и прочие благоприятные моменты. Если головной размер больше, чем conjug. exter., самопроизвольные роды мало вероятны.

Зейтц предлагает для сравнения величины головки и таза укладывать ладонь одной руки на лоно, ладонь другой — над ним на выступающую головку. При нормальном тазе рука на головке лежит на толщину пальца ниже поверхности лона, а потому вторая рука, положенная на лоно, располагается над первой. При умеренном сужении таза обе руки лежат в одной плоскости, а при больших несоответствиях верхняя рука, лежащая на головке, выдается над нижней, положенной на лоно.

Э. Мартин рекомендует применять для оценки соотношения между головкой и тазом усовершенствованный четвертый прием Леопольда.

Ощупав концами пальцев головку и постепенно передвигая руки к лону, можно составить представление о величине головки, о соотношении ее с тазом и определить, плотно ли занимает головка вход в таз.

Способ Мюллера состоит в том, что, введя во влагалище два пальца одной руки, сам исследующий или его

помощник сверху через брюшную стенку надавливает на стоящую над лоном часть головки, стараясь ее втолкнуть в таз.

Этот прием позволяет установить, поддается ли головка давлению сверху и возможно ли ее опущение в таз.

Из возможных осложнений при узком тазе могут быть: 1) раннее отхождение вод, 2) выпадение мелких частей, 3) выпадение пуповины.

Из повреждений, угрожающих матери, можем иметь: 1) отеки, пролежни, свищи на шейке, 2) свищи на мочевых путях или на прямой кишке, 3) расхождение костяка, 4) травматические родовые невриты, 5) растяжение нижнего сегмента — угрожающий разрыв матки.

Профилактику узких тазов надо начинать еще с антенатального периода (режим, питание беременных); далее необходима профилактика рахита в раннем детстве путем улучшения гигиенических условий, пользования солнцем и воздухом, вскармливания ребенка грудью матери, введением витаминов в пищевой режим ребенка.

Необходима борьба с детскими инфекциями вообще, а с тубинфекцией в частности (опасность коксита и спондилита).

В школьном периоде необходимо наблюдение за правильным положением тела, за партой для профилактики сколиоза.

В нашей стране имеются все предпосылки для достижения успехов в профилактике узких тазов. У нас имеется широко развитая физкультура и целый ряд гигиенических мероприятий в школах, осуществляется широкое социальное законодательство по охране труда подростков, по охране женского труда вообще и труда беременных в частности.

Что касается профилактических мероприятий, проводимых в консультации по отношению к беременным с узким тазом, то они сводятся к предупреждению: 1) растяжения брюшной стенки, 2) отвислого живота, 3) неправильного положения плода. С этой целью им обязательно рекомендуется ношение бандажа. Диэта Проховника с целью уменьшения плода (ограничение за 8—12 недель до родов принятия жидкости до 300—400 куб. *см* в сутки, запрещение всех веществ, способствующих образованию жира — сахара, меда, мучного) не оправдала себя. Ее несостоятельность подтверждена во время периода империалистической войны, когда голодание не дало снижения веса новорожденных.

Если к концу беременности в консультации диагносцируется при узком тазе неправильное положение плода, не поддающееся исправлению наружными приемами, или если головка не имеет тенденции опускаться в таз и остается баллотирующей высоко над входом, причем размеры ее

не соответствуют тазу, то женщина заблаговременно направляется в палату или на койку беременных. Обязательному стационару за 1—2 недели до родов подлежат все случаи абсолютно суженного таза, а также случаи сужения таза II степени (истинная коньюгата от 9—7 *см*), в которых только при родах можно выяснить степень функциональной недостаточности.

Что касается терапии узких тазов II и отчасти I степени сужения, то тут больше чем где-либо соблазна ускорить роды, так как они обычно чрезвычайно замедлены.

Но активное родоразрешение при узком тазе, особенно неправильно и необоснованно подобранная операция, наносит непоправимый ущерб здоровью женщины. Вот почему IX Всесоюзный с'езд акушеров-гинекологов высказал по поводу узкого таза следующие положения:

1. Задачей современного советского родовспоможения при узком тазе является не только сохранение жизни матери и плода, но и обеспечение матери максимального сохранения ее трудоспособности в быту и на производстве.

2. Роды силами природы дают, как правило, особенно при узком тазе, значительно лучшие окончательные результаты для матери и для плода, чем даже самые искусные оперативные родоразрешения.

3. Современное представление об узком тазе не может включать в себя только анатомическую недостаточность таза, но обязательно содержит его функциональную оценку, так как анатомически узкий таз нередко может оказаться с клинической функциональной точки зрения нормальным.

4. Выжидательный метод ведения родов при узком тазе со строгим учетом всех факторов, из которых слагается акт родов при узком тазе, дает наибольшие возможности самопроизвольно закончить роды и максимально ограничить оперативное родоразрешение.

5. Точное и всестороннее наружное и внутреннее измерение узкого таза должно входить в план работы каждой правильно поставленной консультации ОММ.

6. Каждая беременная с выраженной формой узкого таза должна своевременно направляться в родоучреждение для наблюдения и оказания ей акушерской помощи.

7. Кесарское сечение при узком тазе может быть производимо, однако, только при наличии строгих специальных показаний со стороны матери или плода и только в тех случаях, где исключена возможность самопроизвольных родов живым плодом.

8. Операция пубиотомии или подкостной симфизеотомии может найти себе применение только в редких случаях и исключительно в клинической обстановке.

9. По мнению с'езда, следует отказаться от наложения высоких щипцов при узком тазе только ради узкого таза.

9а. С'езд считает, что наложение высоких щипцов по другим показаниям при узком тазе есть operatio necessitatis и может быть допущено лишь в клинике или в соответствующей больничной обстановке при наличии опытного врача-акушера в тех случаях, когда высокие щипцы являются единственным выходом из положения и когда без них оставалось бы только перфорировать головку живого плода.

При этом с'езд считает наложение щипцов на подвижно стоящую над входом в таз головку недопустимым. Под высокими щипцами с'езд понимает щипцы, накладываемые на головку, нижний полюс которой стоит на второй параллельной плоскости (Hodge), т. е. на параллельной плоскости нижнего края лона.

По профилактике узкого таза:

1. Ряд оперативных профилактических мер, предлагаемых при уже сложившемся узком тазе, как: резекция мыса (операция Роттера), различные виды расширяющих таз операций (пубиотомия и симфизеотомия), профилактический поворот и возбуждение преждевременных родов с'езд считает недостигающими цели и не может их рекомендовать для практической работы советского врача.

2. Советский Союз с его широко развернутой сетью органов ОММ, а также с широчайшим социальным законодательством по охране женского труда имеет все предпосылки для наиболее существенной профилактики узкого таза, формирующегося в раннем детском возрасте.

3. Необходима дальнейшая борьба врачей-акушеров за грудное вскармливание новорожденных, являющееся лучшим методом профилактики рахита — болезни, ведущей к самой частой форме узкого таза, таза плоскорахитического.

4. Борьба за развитие и усовершенствование молочных кухонь и витаминозного кормления должна войти в план работы не только врача-педиатра, но и врача-акушера.

5. Правильная постановка ясельного дела как существеннейший фактор в борьбе с рядом детских инфекций и авитаминозов должна заслуживать полного внимания и акушера.

6 Школьно-гигиенические мероприятия также должны войти в сферу влияния и работ врача-акушера.

7. Особое внимание акушер должен уделять правильной постановке физкультуры во всех ее видах как важнейшего фактора, предупреждающего многообразные виды патологии детского возраста, ведущей к образованию узкого таза.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Одной из наиболее частых причин, вынуждающих наших больных обращаться за медицинской помощью, являются кровотечения из половых органов. Оказывать при них помощь приходится не только гинекологу, но и врачу другой специальности, в особенности на участке.

Диагностика кровотечения и выяснение его причины в большинстве случаев затруднений не представляет и требует лишь хорошего собирания анамнестических данных и тщательного об'ективного исследования. Анамнестические данные о межменструальных промежутках, о силе и длительности крототечений в течение нескольких последних месяцев покажет, к какой из пяти указанных дальше групп следует отнести данный случай.

Для уяснения целесообразности назначения той или иной манипуляции в каждом отдельном случае кровотечения употребляющиеся лечебные способы полезно разбить на группы. В подавляющем большинстве случаев нам приходится иметь дело с паренхиматозным кровотечением (из капилляров слизистой оболочки матки) и лишь в редких случаях с артериальным кровотечением при прорастании, например, раком какой-либо артериальной веточки. Прекращение или уменьшение паренхиматозного кровотечения может быть достигнуто в нашей практике четырьмя моментами:

А) Уничтожением источника кровотечения.

Б) Уменьшением притекающей к кровоточащему месту крови.

В) Усилением ее оттока.

Г) Повышением свертываемости крови. Указанного эффекта можно добиться либо применением медикаментов, либо применением физиотерапевтических процедур.

1) Уменьшение притока крови достигается:

а) сокращающими матку и сосуды веществами: Secale cornutum и его препараты, препараты hydrastis canad, вытяжки из задней доли гипофиза; в настоящее время выделены 2 компонента из вытяжек задней доли гипофиза: один, действующий на матку — orastin и другой, действующий сокращающим образом на сосуды — тонефин (вазопрессин);

б) физиотерапевтическими процедурами, вызывающими сокращение маточной мускулатуры; к ним следует отнести автомамминотерапию (диатермия или ионогальванизация груди, грязевые лепешки, компрессы на грудь).

Применение сокращающих матку медикаментов и манипуляций противопоказано при острых воспалительных процессах в малом тазу, при кровотечениях, вызванных причинами общего характера (нефрит, склероз, пороки сердца, заболевания легких), при подслизистых миомах, при подозрении на внематочную беременность.

В этих случаях, за исключением внематочной беременности, показано применение методов, отнесенных нами в следующую группу.

2. Для усиления оттока крови можно рекомендовать:

а) вещества, вызывающие расширение сосудистых стенок. Как известно (Скворцов), сосудорасширяющий эффект прежде всего сказывается на периферии тела (лицо, шея, голова, грудь, верхние, а в некоторых случаях и нижние конечности). Сосуды брюшной полости, в том числе и сосуды таза, расширяются в последнюю очередь (закон Dastre-Morat). Это расширение периферических сосудов влечет за собой уменьшение кровонаполнения в органах малого таза, вызывает уменьшение притока туда крови и увеличение ее оттока. С этой целью можно использовать кофеин, который оказывает более быстрый эффект и обладает кумулятивным действием в гораздо меньшей степени, чем наперстянка. К веществам, вызывающим расслабление сосудистых стенок, причисляются viburnum prunifolium и стиптицин; б) из физиотерапевтических процедур для усиления оттока крови можно рекомендовать опускание рук в глубокий таз с очень горячей водой

3. Для повышения свертываемости крови употребляются:

а) желатина per os и в инъекциях, раствор хлористого кальция per os и внутривенно, лошадиная сыворотка, ауто-и изогемотерапия; сюда же следует отнести и polygonum hydropiper (Кравков). Вещества этой группы могут быть использованы при всех почти кровотечениях;

б) из физиотерапевтических процедур можно рекомендовать ионотерапию с хлористым кальцием и рентгенизацию селезенки.

4. В особую группу следует выделить методы, непосредственно воздействующие на кровоточащее место: смазывание его раствором адреналина, приложение к нему тампона, смоченного слабым раствором полуторахлористого железа (эф-

фект не надежен), тугая тампонация влагалища, прижигание кровоточащего места Пакеленом, выскабливание полости матки.

Наконец, к радикальным способам лечения следует отнести Rg-кастрацию, Rg, Ra-терапию, частичное или полное удаление матки.

Размеры данной статьи не дают возможности разобрать в деталях затронутые тут моменты и вынуждают, дав классификацию кровотечений, лишь схематически наметить этиологические моменты и лечебные мероприятия.

Нам кажется целесообразным для практических целей пользоваться следующей классификацией кровотечений.

I. Увеличенное количество крови при нормальной длительности менструаций и нормальном цикле

А. Причины местного характера.

1. Понижение сократительной способности маточной мускулатуры:

а) интерстициальные миомы: показано применение всех лечебных методов 1-й группы, стиптицин; избегать длительного применения препаратов спорыньи. Радикальное лечение: после 40 лет — рентгенкастрация (обязательно предварительное гистологическое исследование слизистой оболочки матки); до 40 лет — частичное или полное удаление матки;

б) метрит: показаны все методы 1-й группы, стиптицин. Радикальное лечение: после 40 лет — рентгенкастрация после предварительного гистологического исследования слизистой оболочки матки; до 40 лет — ампутация шейки, в случае упорного кровотечения — удаление матки;

в) гипоплазия матки: могут быть использованы все методы 1-й группы в комбинации с методами 3-й группы, стиптицин. Причинная терапия: общеукрепляющее лечение, климатические и морские курорты, физкультура, гормональная терапия (пролан + фолликулин);

г) недостаточность маточной мускулатуры при астенической конституции. Показано то же лечение, что и в предыдущей группе, за исключением гормональной терапии.

2. Явления застоя в малом тазу:

а) неправильные положения матки: показаны методы 2-й и 3-й групп. Радикальное лечение заключается в устранении неправильного положения консервативным или оперативным путем;

б) хронические воспалительные процессы в малом тазу. Показаны методы 2-й и 3-й групп. Причинное лечение заклю-

чается в применении рассасывающей терапии (кроме диатермии и грязевых тампонов);

в) dyspareunia и coitus interruptus. Показаны методы 2-й группы. Причинное лечение заключается в правильной половой жизни.

Б. Причины общего характера:

а) повышение кровяного давления (общий склероз, нефрит). Показано применение методов 2-й группы. Причинное лечение заключается в терапии основного страдания;

б) застои общего характера (декомпенсированные пороки сердца, заболевания легких). Лечение то же, что и в предыдущей группе;

в) заболевания щитовидной железы (гипотиреоидизм, а в редких случаях и гипертиреоидизм). Показаны методы 2-й и 3-й групп и лечение основного страдания; в упорных случаях показана рентгенкастрация.

II. Длительные менструации (больше 8 дней) при нормальном цикле

(Причина — нарушение регенерации отпадающей при менструации слизистой оболочки матки).

а) Острый эндометрит инфекционного, чаще всего гонорейного происхождения. Можно применять лекарства 2-й группы в комбинации с лекарствами 3-й группы; всякие физиотерапевтические процедуры противопоказаны. Можно пузырь со льдом на живот. Лечение гонореи — только после ликвидации острых явлений; показано введение фолликулина по 100—1 000 М. Е. ежедневно;

б) подслизистые миомы: показаны только методы 3-й группы. Радикальное лечение заключается в удалении узла через влагалище или в удалении матки;

в) полипозные разращения слизистой оболочки матки: показаны методы 1-й группы в комбинации с методами 3-й группы, выскабливание полости матки. Радикальное лечение — рентгенкастрация в пожилом возрасте (см. также IV—а).

III. Кровотечения, сопровождающиеся укорочением межменструальных промежутков

1. Вследствие недостаточности яичников:

а) предклимактерические кровотечения. Показаны методы 1-й и 3-й групп. Радикальное лечение: рентгенкастрация, ей

должно предшествовать диагностическое выскабливание полости матки (для гистологического анализа), которое часто и само по себе приносит облегчение;

б) первичная недостаточность яичников, сопровождающаяся недоразвитием матки, часто в юношеском возрасте. Показано: применение методов 1-й и 3-й групп, введение гормонов желтого тела во 2-ю половину цикла. Причинное лечение — общеукрепляющая терапия, климатические и морские курорты, физкультура;

в) вторичные изменения яичников вследствие перенесенных воспалительных процессов (мелкокистозное перерождение яичников, рубцовые изменения в них). Могут быть применены методы всех 3 групп, введение гормона желтого тела во вторую половину цикла. Причинное лечение: рассасывающая терапия, в особенности ионотерапия с иодистым калием, гинекологический массаж; в упорных случаях — частичное удаление измененной ткани яичника.

2. При общих заболеваниях:

а) туберкулез легких в начальных стадиях;

б) нервные и психические потрясения;

в) некоторые случаи истощения: показаны методы 1-й и 3-й групп и лечение основного страдания.

IV. Кровотечения после предшествовавшей аменореи (в чадородном возрасте)

а) персистирующий фолликул. Показаны методы 1-й и 3-й групп. Диагностическое выскабливание полости матки приносит временный или длительный лечебный эффект. Причинное лечение заключается в раздавливании персистирующего фолликула под руками, в пункции этого фолликула, в частичной резекции яичника, в введении гормона желтого тела во вторую половину цикла, в введении больших доз пролана, в переливании крови беременных; после 40 лет возможна рентгенкастрация после предварительного выскабливания;

б) пузырный занос: лечение заключается в опорожнении матки;

в) хорионэпителиома: лечение заключается в удалении матки с последующим облучением;

г) выкидыш, endometritis p. abortum, плацентарный полип. Лечение заключается в опорожнении матки;

д) внематочная беременность — лечение оперативное.

V Атипические кровотечения, не связанные с циклом, и кровотечения, появляющиеся в климактерическом возрасте

1. Злокачественные новообразования:

а) Vulvae, б) влагалища, в) шейки и тела матки.

Симптоматическое лечение при сильном кровотечении заключается в применении одного из методов 4-й группы. Радикальное лечение: оперативное удаление, рентгенрадиотерапия.

2. Доброкачественные изменения шейки и тела матки:

а) эрозии и изʼязвления шейки;

б) язвы и пролежни при выпадениях; кровотечения обычно незначительные и сами по себе не нуждаются в терапии;

в) полипы шейки и тела матки: лечение — удаление полипов и последующее выскабливание. В пожилом возрасте Rg-кастрация (см. также II—в);

г) adenomyosis interna. Показаны методы 1-й группы в комбинации с методами 3-й группы. В случае упорных кровотечений рентгенкастрация (после 40 лет) и удаление матки (до 40 лет).

3. Myoma nascens. Лечение — удаление узла через влагалище.

4. Опухоли яичников:

а) рак,

б) опухоль Крукенберга,

в) гранулезоклеточная опухоль (кровотечению нередко предшествует аменорея). При раке и опухоли Крукенберга показано удаление матки с придатками и последующее облучение; при гранулезоклеточных опухолях — удаление яичников.

Приведенная схема, принятая в нашей клинике, на нашем опыте значительно облегчает диагностику каждого случая кровотечения. Отнеся на основании анамнестических данных исследуемый случай к одной из указанных пяти групп, нетрудно при помощи обʼективного исследования выяснить, какой из причинных моментов, присущих данной группе, вызвал кровотечение в исследуемом случае.

Наконец, схематически намечены вехи симптоматической и причинной терапии. Это должно облегчить в каждом отдельном случае выбор наиболее подходящего и обоснованного образа действий.

РАК МАТКИ

Рак матки делят на две большие группы: рак тела матки и рак шейки матки. Наиболее часто встречается рак шейки матки. Он составляет до 90% раковых заболеваний матки. В то же время рак шейки матки протекает гораздо быстрее и злокачественнее, чем рак тела матки, и дает гораздо худшие результаты при хирургическом лечении. Поэтому знакомство с раком шейки матки является наиболее важным в практической работе.

Рак шейки матки чаще всего поражает женщин в возрасте от 40 до 50 лет. Однако не следует забывать, что он может встретиться и в более молодом возрасте, даже около 20 лет.

Исходным пунктом рака шейки матки может быть слизистая как влагалищной части, так и цервикального канала. Кроме того, в более редких случаях раковые узлы появляются в толще мышц шейки (цервикальные узлы) (рис. 45). Рак влагалищной части подразделяется на две формы: экзофитную и эндофитную. В первом случае раковое образование как бы разрастается наружу, образуя обильные, хрупкие разращения, порой заполняющие весь просвет влагалища и распространяющиеся по поверхности его слизистой оболочки. Эндофитная форма протекает в виде язвы, разрушающей влагалищную часть с хрупким крошащимся кровоточащим дном, порой покрытым некротическим распадом. Рак цервикального канала чаще всего представляет собою язву, начавшуюся на слизистой цервикального канала, и также является эндофитной формой рака. При далеко зашедших эндофитных раках часто трудно сказать, имеем ли мы дело с раком влагалищной части или цервикального канала, так как нельзя определить исходной точки новообразования.

Цервикальные раковые узлы с течением времени прорастают сквозь толщу мышц и слизистую цервикального канала и, распадаясь, обычно также дают язву. Наиболее редкой формой рака матки являются карциноматозные полипы, исходящие из цервикального канала или влагалищной части.

Рак влагалищной части, чаще всего экзофитный, протекает более медленно, чем рак цервикального канала, и обычно

обнаруживается ранее. Рак цервикального канала, распространяясь вверх по слизистой и в толщу стенки, часто даже не дает видимых снаружи изменений и потому обнаруживается позднее. Наконец, цервикальные узлы, лежащие по близости от сосудов и лимфатических путей, нередко распространяются в параметрий и лимфатические железы ранее, чем на поверхности слизистой могут быть замечены какие-либо изменения.

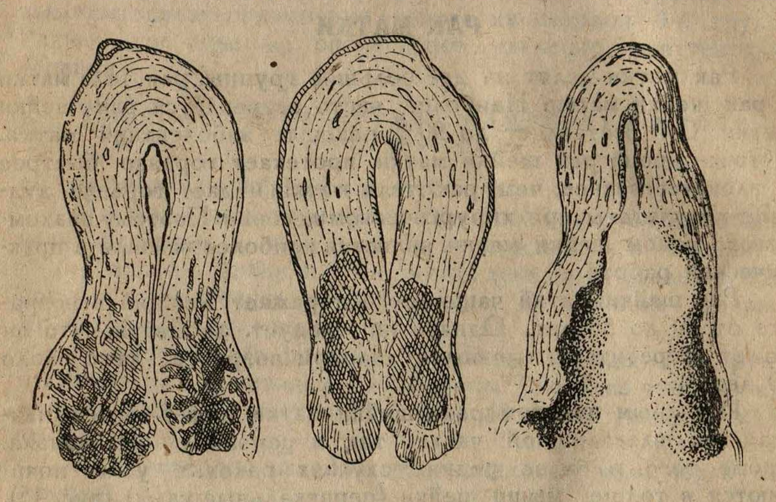


Рис. 45. Схематическое изображение разных видов рака шейки матки (из Яшке и Панкова): 1 — рак влагалищной части; 2 — рак канала шейки; 3 — рак влагалищной части и канала шейки.

Следовательно, бо́льшая злокачественность отдельных форм зависит от направления распространения процесса, а также от того, что при них позднее появляются заметные изменения на поверхности пораженного органа.

Симптомы начинающегося рака шейки матки часто не характерны, нерезко выражены и непостоянны. Суб'ективные симптомы в начале заболевания часто настолько ничтожны и так мало беспокоят больных, что женщины долгое время не обращают на них никакого внимания. Чаще всего первым признаком рака шейки матки является появление жидких белей или увеличение их количества. В дальнейшем они изменяются качественно, приобретая желтоватую, бурую и даже кровянистую окраску и запах разложения. В них появляются крошки и обрывки тканей. Иногда бели принимают вид мясных помоев. Другим ранним признаком рака являются кровотечения. Прежде всего всякое кровотечение, независимо от его интенсивности, появляющееся после наступления кли-

мактерия, должно обращать на себя самое серьезное внимание врача. Самыми подозрительными в отношении рака являются небольшие кровотечения, дающие всего лишь несколько пятен. У менструирующих женщин иногда отмечается лишь удлинение менструаций или появление кровянистых выделений через 1-2 дня после окончания менструации. Появление таких выделений в межменструальный период, особенно в небольших количествах, также часто является одним из первых признаков рака. Порой такие кровянистые выделения отмечаются лишь как появление примеси крови к существовавшим ранее выделениям.

Характерны также кровянистые выделения из половых органов, появляющиеся в незначительных количествах после раздражений (половые сношения, спринцевание, исследование, затрудненная дефекация).

Во всех случаях кровотечений следует обращать внимание не на количество крови, которое часто бывает незначительным, а на упорство, с каким эти кровотечения повторяются.

Болей начинающийся рак никогда не вызывает, в результате чего женщины часто слишком поздно обращаются к врачебной помощи. Боли обычно появляются лишь тогда, когда новообразование распространилось в параметрий, в направлении крестца или приблизилось к брюшине, покрывающей пораженный орган.

Симптомы со стороны близлежащих органов (мочевого пузыря, прямой кишки), как и нарушение общего состояния (кахексия, бессонница, потеря аппетита), тоже появляются обычно в том периоде, когда заболевание ясно выражено и затруднений для диагностики не представляет.

Об'ективные симптомы в начальных стадиях заболевания обычно выражены слабо. Рак влагалищной части в этот период чаще всего походит на простую эрозию и может быть отличен от эрозии лишь при внимательном исследовании и иногда только при микроскопическом. При ощупывании раковой эрозии пальцем получается впечатление некоторой бугроватости и хрупкости тканей, тогда как поверхность простой эрозии гладка, бархатиста и эластична. Края раковой эрозии плотны, инфильтрированы, в то время как края простой эрозии мягки. Нередко при раке чувствуется, что от поверхности новообразования отделяются мельчайшие частицы, чего не бывает при простой эрозии.

При осмотре зеркалом поверхность раковой эрозии производит впечатление большей или меньшей зернистости, тогда как поверхность простой эрозии гладка. При вытирании эрозии комочком ваты на эрозии могут появиться лишь отдель-

ные точечные кровотечения, тогда как раковый очаг в этих случаях дает как бы картину паренхиматозного кровотечения по всей поверхности. Штекель рекомендует испытание подозрительного места зондом. „Если головка зонда, — говорит он, — проникает в эрозию, то это рак, если же она соскальзывает с нее в наружный зев, то это не рак“.

Шиллер предложил свою пробу — смазывание подозрительного участка Люголевским раствором, причем нормальные ткани принимают темнобурую окраску; неокрасившиеся участки считаются подозрительными в отношении рака.

Еще труднее найти об'ективные признаки начинающегося рака цервикального канала, который, как было уже сказано, часто, распространяясь вверх, не дает каких-либо заметных изменений на слизистой, доступной нашему исследованию. Первым об'ективным признаком, который можно получить при исследовании в подобном случае, чаще всего бывает утолщение шейки и ее уплотнение. При этом необходимо сравнивать шейку с телом матки, так как наиболее подозрительны именно те случаи, где имеется измененная шейка при нормальном теле или несоответствие размеров и консистенции тела и шейки. Сиредей отмечает определяющееся при этом повышенное сопротивление ткани шейки при попытке согнуть ее или сжать сверху вниз между руками. При этом нередко выступает небольшое количество крови на исследующие пальцы. В некотором числе случаев кровь совсем не выступает из канала шейки и может быть обнаружена лишь на зонде, осторожно введенном в цервикальный канал.

При осмотре такой пораженной раком шейки матки с помощью влагалищного зеркала могут быть обнаружены трещины, иногда слегка кровоточащие и являющиеся порой единственным видимым признаком рака.

Наиболее трудно найти об'ективные признаки рака шейки, когда последний имеется в форме цервикальных узлов, лежащих в толще шейки и еще не распространившихся на слизистую цервикального канала. И здесь наиболее частым симптомом также является утолщение и уплотнение шейки. Утолщение в этих случаях часто бывает асимметричным, так как утолщению и уплотнению подвергается, главным образом, часть шейки, содержащая узел.

Все описанные суб'ективные и об'ективные симптомы, часто настолько неясны, что даже специалист с многолетним стажем не может установить, имеется ли в данном случае рак или нет. Во всех подобных сомнительных случаях необходимо прибегать к микроскопическому исследованию соскоба слизистой цервикального канала или иссеченного кусочка из подозрительного места. Для этого лучше всего направлять

больную на производство диагностического выскабливания и эксцизии в специальную больницу. Однако, это не всегда возможно по тем или иным обстоятельствам. В таких случаях можно рекомендовать произвести выскабливание и эксцизию на месте, а затем, поместив полученный материал в 70-проц. спирт или 10-проц. раствор формалина, переслать его на исследование в соответствующее учреждение, хотя бы по почте.

Воронежский радио-рентгенологический институт и Акушерско-гинекологическая клиника Воронежского мединститута (Воронеж, Больничный переулок, Плехановская больница) принимают препараты для исследования и немедленно сообщают результаты этого исследования.

В тех случаях, когда имеется эрозия, но не исключена возможность, что это начальная стадия рака, следует попробовать лечить ее прижиганием 3—5-проц. раствором ляписа или мелким порошком марганцево-кислого калия. При эрозии недели через 2—4 наступает заметное улучшение. Отсутствие улучшения увеличивает подозрения.

При распространенном и ярко выраженном процессе поставить диагноз рака не трудно. Большие хрупкие разращения, напоминающие цветную капусту, обильно кровоточащие даже при осторожном прикосновении, или кратерообразная язва с кровоточащим, покрытым распадом дном и при этом зловонные с кровью выделения достаточно говорят о характере заболевания. Здесь задачей врача является установить, возможно ли радикальное лечение, и если возможно, то какое. Вопрос этот имеет большое практическое значение. Операбильные случаи должны быть направлены в ближайшую больницу, где производятся соответствующие операции. Неоперабильные, но не безнадежные случаи, подлежат направлению на лечение лучистой энергией. Наконец, в случаях, где радикальное лечение невозможно, следует проводить паллиативное лечение на месте.

Выбор лечения зависит от распространенности процесса. Если новообразование не распространилось за пределы матки (матка вполне подвижна и легко смещается в любом направлении) — случай вполне операбильный (1-я группа). В этих случаях показано оперативное лечение (операция Вертгейма или Штекеля с последующим облучением). Если же в параметрии прощупывается небольшой или в виде тяжей или узлов инфильтрат, расположенный близ матки, но не доходящий до стенки таза, а подвижность матки уже несколько ограничена, то случай лежит на границе операбильности (2-я группа). В этих случаях хотя и возможна операция, но часто радио-и рентгенотерапия дает лучшие результаты. Если раковые разрастания вышли далеко за пределы матки,

доходят до стенок таза, матка потеряла совсем свою подвижность, то говорят о неоперабильном раке (3-я группа).

В этих случаях показано лечение только лучистой энергией. Уменьшение гемоглобина в крови до 35% является противопоказанием к такому лечению.

Все запущенные случаи (4-я группа) должны быть подвергнуты паллиативному лечению на месте.

При раке тела матки симптомы вначале похожи на симптомы при раке шейки: появление или увеличение белей, желтоватая или бурая их окраска, примесь к ним распада и крови — вот первые признаки. Кровотечения особенно подозрительны в возрасте женщин от 50 до 60 лет, когда рак тела матки встречается чаще всего (Дьяконов).

Об'ективно матка не атрофична, как следовало бы ожидать в этом возрасте, а увеличена, шарообразна, иногда мягковатой, иногда неравномерной консистенции. Пробное выскабливание полости матки с последующим гистологическим исследованием в сомнительных случаях может быть весьма рекомендовано. Оно ничем не отличается от обычного выскабливания, но должно быть проводимо осторожно ввиду хрупкости и распада стенки матки. При выскабливании нужно обойти всю слизистую матки, иначе при начинающейся узловатой форме можно пропустить очаг и соскоблить лишь здоровую слизистую.

Рак тела матки сравнительно медленно распространяется на соседние органы и ткани и потому бывает еще операбильным через 6—10 месяцев после появления первых симптомов. С другой стороны, лучистая энергия здесь дает гораздо худшие результаты, чем при раке шейки, и потому большинство авторов считает, что рак тела матки следует лечить лишь оперативно.

Цифры мировой статистики показывают, что лечение рака матки дает тем лучшие результаты, чем ранее оно применено. Так, случаи первой группы дают около 40% стойкого излечения. Вторая группа дает худшие результаты — выздоровление наступает в 23% при лечении лучистой энергией и в 5% при оперативном лечении. Радио-рентгенотерапия третьей группы успешна приблизительно в 9% случаев, а четвертой группы только в исключительных случаях (около 1,5%). Отсюда ясно, как важна возможно ранняя диагностика всех случаев рака матки. Однако своевременность диагностики зависит не только от опыта и внимательности врача, но и от времени первичного обращения больной.

Для ранней диагностики раковых заболеваний матки особенно важно, чтобы женщины своевременно обращались к врачебной помощи. В то же время первые симптомы рака

обычно столь мало беспокоят больных, что часто они обращаются за помощью тогда, когда новообразование зашло слишком далеко и появились боли. Поэтому огромное значение имеет профилактическая работа среди женщин, особенно женщин-крестьянок, не так охотно обращающихся к врачебной помощи. Женщины должны быть широко осведомлены о том, что некоторые, на первый взгляд невинные, явления могут быть симптомами начинающегося серьезного заболевания, которое излечимо лишь в незапущенных случаях.

ГОНОРЕЯ ЖЕНЩИНЫ

Гонорейная инфекция — одна из наиболее частых причин, многочисленных по форме и разнообразных по тяжести заболеваний половых органов женщины. Трудность лечения гонореи и частота тяжелых последствий делают эту болезнь, наиболее часто поражающую самый цветущий возраст, бичом здоровья женщины.

Гонорея, разрушая здоровье женщины, часто лишает ее трудоспособности и радости материнства; поэтому борьба с женской гонореей является одним из наиболее важных участков работы женской консультации. Консультация благодаря тесной связи с женским населением имеет возможность своевременно выявлять, лечить и предупреждать гонорейные заболевания женщины.

Благодаря некоторым биологическим особенностям возбудителя гонореи — гонококка, эта болезнь несколько отличается от других заболеваний, вызываемых микробами. Так гонококк может инфецировать неповрежденные слизистые оболочки, не нуждаясь в необходимых другим микробам входных воротах.

Наиболее легко гонококк поражает слизистые оболочки, покрытые цилиндрическим эпителием, тогда как многослойный плоский эпителий слизистых оболочек обладает, повидимому, некоторой резистентностью в отношении гонореи

Следующей важной особенностью гонококка является его неустойчивость при охлаждении, нагревании и высыхании, вследствие чего он сравнительно скоро погибает вне человеческого организма. Поэтому заражение гонореей происходит главным образом при прямом контакте. Однако во влажной, не очень охлажденной среде (губка, вода) гонококк может при благоприятных условиях оставаться жизнеспособным до 24 часов, в результате чего возникает возможность заражения при коротком косвенном контакте.

В половые органы зрелой женщины гонорея чаще всего заносится при половом сношении. В половые органы девочек и девушек инфекция попадает путем перенесения на различных предметах (губка, полотенце, тазы, стульчики) и при пользовании общей постелью с больными гонореей родственниками.

У детей, ввиду нежности эпителия вульвы и влагалища, гонорея начинается непосредственно с этих органов. У взрослых она чаще первично локализуется в уретре и шеечном канале и лишь потом распространяется на прямую кишку и наружные половые органы и проникает в выводные протоки открывающихся здесь желез.

Иногда процесс на этом останавливается и со временем переходит в хроническую форму, но нередко его распространение продолжается, и гонококк проникает в вышележащие органы — матку, трубы, яичники, в брюшную полость, и в редких случаях — в мочевой пузырь. В отдельных случаях гонококковая инфекция может распространиться за пределы мочеполового тракта и дать поражения суставов, эндокарда и даже сепсис.

Проникновение гонорейной инфекции в матку и трубы наблюдается в 20—30% всех случаев заболевания гонореей. Считают, что большинство воспалительных заболеваний придатков матки имеют гонококковое происхождение.

Острая гонорея нижнего отдела полового тракта проявляется воспалением его слизистых оболочек и обычно захватывает одновременно несколько органов. Ниже мы даем описание признаков гонорейного заболевания наиболее часто поражаемых органов.

Острый гонорейный уретрит проявляется жжением при мочеиспускании и учащением мочеиспускания. Эти симптомы через несколько дней исчезают, и в дальнейшем заболевание протекает бессимптомно.

При ощупывании уретры со стороны влагалища больная испытывает боль, и из уретры выступает капля гноевидной жидкости. Исследуя полученное отделяемое под микроскопом, находят гонококков.

При хронической форме суб'ективные симптомы отсутствуют, а обследуя уретру пальцем со стороны влагалища, находят ее утолщение и уплотнение и порой некоторую болезненность при пальпации. Изредка при этом удается выдавить из уретры капельку прозрачного отделяемого, обычно не содержащего гонококков.

Гонорейный вульвит проявляется зудом и жжением в наружных половых органах. При осмотре находят распухшие и покрасневшие малые половые губы, покрытые гноем или фабринозным налетом. Одновременно находят признаки поражения Скеновских и Бартолиниевых желез и желез входа во влагалище: их выводные протоки окружены маленьким яркокрасным венчиком (macula gonorrhoica). Иногда из пораженных протоков удается выжать секрет, содержащий гонококков. Порой в протоках Бартолиниевых желез задержи-

вается и скопляется отделяемое, что вызывает у больных чувство напряжения и болезненности. При обследовании здесь прощупывается небольшая плотноватая опухоль. Если задержка отделяемого происходит в более глубоких отделах, вся железа превращается в флюктирующую опухоль, которая в некоторых случаях вскрывается и дает долго не заживающий свищ.

Острый гонорейный вагинит встречается почти исключительно у детей, девушек и беременных. Он проявляется обильными выделениями, сильным покраснением слизистой влагалища, гнойным налетом на его стенках и болезненностью при исследовании. Флора влагалища при этом переходит из первой степени чистоты во вторую и третью.

Почти всегда при заболевании гонореей поражается и цервикальный канал. Клинически гонорейный эндоцервицит проявляется покраснением вокруг наружного зева, отечностью шейки и обильными гнойными выделениями из нее; в этих выделениях находят большое количество лейкоцитов и отдельных гонококков.

Острые гонорейные заболевания различных участков нижнего отдела полового тракта обычно комбинируются между собою и лечатся одновременно. При лечении острой гонореи прежде всего необходим покой. Постельное содержание и запрещение половых сношений является первым и обязательным терапевтическим мероприятием; нужно также назначить не раздражающую диэту и урегулировать деятельность кишечника.

Из лекарственных средств для местного применения рекомендуются дезинфицирующие, но не вяжущие, так как последние, ограничивая секрецию, содействуют задержке гонококков в тканях. Для лечения вполне достаточно поддержание чистоты наружных половых органов — обмывание слабым теплым раствором марганцево-кислого калия.

Некоторые считают полезным прием внутрь салола, уротропина, отвара медвежьего ушка и бальзамических средств.

При таком лечении острые явления довольно быстро стихают, но почти всегда остаются очаги инфекции и хроническое воспаление.

Хроническая гонорея вульвы и влагалища по своим симптомам не отличается от хронических воспалений этих органов, происходящих от другой причины. В неясных случаях лишь с большим трудом можно доказать их гонорейную этиологию и то лишь путем многократного микроскопического исследования, проводимого после предварительной провокации.

Наилучшим средством для лечения хронической гонореи считаются препараты серебра (ляпис), обладающие свойством

проникать в ткани, где гнездятся гонококки. Гонорея влагалища лечится спринцеваниями дезинфицирующими растворами. Иногда к этому добавляют последующее смазывание стенок влагалища 5—10-проц. раствором ляписа и введение во влагалище тампонов с лекарственными веществами, влагалищные лекарственные ванны. Для тампонов чаще всего применяется 10-проц. раствор ихтиола в глицерине или в воде; для влагалищных ванн — 5-проц. раствор ляписа.

Так как вводимые во влагалище вещества действуют и на слизистую шеечного канала — лечение гонорейного эндоцервита такое же, как и вагинита.

Кроме этого, смазывают слизистую цервикального канала 10-проц. раствором ляписа (на зонде Плейфера) после предварительного протирания 5-проц. раствором соды. Такие смазывания производятся один раз в два-три дня; при этом нужно соблюдать максимальную осторожность, чтобы не пройти за внутренний зев и не внести инфекцию в полость матки.

Хорошо действует также аутогемотерапия в шейку матки ежедневно, в количестве 1,5—2,0 куб. *см*, всего 3—4 укола. Уколы производятся параллельно цервикальному каналу, поближе к его слизистой.

При наличии эрозии весьма полезны вышеуказанные тампоны с ихтиолом и влагалищные ванночки из 5-проц. раствора ляписа.

Для лечения уретрита применяют протирание уретры 5-проц. раствором соды с последующим введением турундочки, смоченной 1 проц. ляписом.

В ряде случаев гонорейная инфекция поднимается в полость матки и одновременно поражает придатки, причем наблюдается острое воспаление их. Восходящая гонорейная инфекция проявляется повышением температуры, болями в нижней части живота и в области придатков, кровотечениями, а при попадании инфекции в брюшную полость — явлениями пельвеоперионита. При исследовании находят, что матка и придатки увеличены, резко болезненны при пальпации и ограничены в подвижности; придатки обычно сильно смещены.

Лечение: абсолютный покой, умеренное питание дающей мало шлаков пищей, холод на низ живота и обезболивающие средства внутрь и в свечах. Если есть явления раздражения брюшины, необходимо приостановить перистальтику кишечника приемами опия.

Острая гонорея матки и придатков редко представляет опасность для жизни, но и абсолютное клиническое и анатомическое излечение также достигается чрезвычайно трудно. Процесс обычно переходит в хроническую форму, которая требует длительного систематического лечения.

Общие меры, как половое воздержание, нераздражающая пища, осторожность при движениях, остаются необходимыми и при лечении хронической гонореи. Особенно осторожной должна быть больная во время менструации, а также в течение нескольких предыдущих и последующих дней.

Медикаментозная терапия находит все меньше места в лечении хронической гонореи, однако, в некоторых случаях ихтиол-глицериновые тампоны и свечи с ихтиолом и препаратами иода дают некоторые результаты. Больший успех получается при введении лекарственных веществ ионофорезом.

В настоящее время для лечения хронической гонореи прибегают в первую очередь к физическим методам лечения, применяя тепло во всевозможных формах (грелки, компрессы, спринцевания, орошения, световые, суховоздушные, водяные и грязевые ванны, диатермия). В то же время проводится неспецифическая протеинотерапия (ин'екции молока, яичного белка, специальных патентованных препаратов) и аутогемотерапия. Некоторые авторы очень рекомендуют одновременное лечение различными гоновакцинами.

Как практически проверенную и давшую благоприятные результаты можно рекомендовать следующую схему лечения. При РОЭ (по Панченкову) до 20 *мм* — диатермия и грязевые тампоны; при РОЭ от 20 до 30 *мм* — ионофорез с иодистым калием и красный соллюкс; при РОЭ свыше 30 *мм* — ионофорез с хлористым кальцием и синий соллюкс. При отсутствии физиотерапевтической аппаратуры можно пользоваться раздражающей терапией в виде аутогемотерапии по 5—10 куб. *см* ежедневно, в течение 2 недель, или введения лаковой крови, а также в виде внутримышечных ин'екций стерильного молока. Эти ин'екции делаются через 2—4 дня; первый раз—2 куб. *см*, второй раз — 4, третий раз—6, четвертый и пятый раз—по 8 куб. *см*. Если реакция была бурная—предыдущая доза повторяется. Однако общее количество введенного за курс лечения молока не должно превышать 30 куб. *см*.

Из тепловых процедур можно рекомендовать спринцевания температурой не выше 40°; вводимые в теплом виде (после очищения кишечника) лекарственные клизмы из профильтрованного раствора одной чайной ложки поваренной соли или соды в стакане воды, согревающие компрессы, грелки и пятнадцатиминутные сидячие ванны в 35—40°. Для ванн лучше всего брать раствор соли (400 *г* на 10 *л*). После ванны обязателен отдых в течение 2 часов. Ванны делаются через день, всего 15—20 ванн.

Весьма важным разделом в борьбе с гонореей является профилактическая работа. Выявление скрытопротекающих

случаев женской гонореи нигде неосуществимо столь полно, как в женской консультации, но для успешности этой работы врачу необходима постоянная настороженность в отношении этой болезни. При выявлении случаев женской гонореи для осмотра и лечения должен быть привлечен и мужчина.

Там, где это возможно, консультации должны проводить систематическое лабораторное обследование (мазки из влагалища, уретры шейки) всех обращающихся к ним женщин.

Вторым весьма важным моментом является выявление в свежих случаях источника заражения для его ликвидации.

Санитарно-просветительная работа также должна быть использована для борьбы с гонореей. Она должна проводиться в форме массовых лекций и докладов и в форме индивидуальных бесед с больными.

РЕЦЕПТУРНЫЙ СПРАВОЧНИК

Кровоостанавливающие средства

1. Pulv. Secalis cornuti 0,3—0,5.
F.p. D.t.d. № 10
S. По 1 пор. 3 раза в день.

2. Infusi Secalis cornuti ex 5,0—8,0 : 200,0.
D. S. По стол. ложке через 3-4 часа.

3. Ext. Secal. cornuti fluid. 20.0.
D. S. По 15-30 кап. 3 раза в день.

4. Secaleni 20,0.
D. S. По 15-20 кап. 3-4 раза в день.

5. Secaleni in ampullis № 10.
D. S. По 1 куб. *см* для подкожных ин'екций.

6. Extr. Secalis cornuti 2,0.
Pulv. Secal, cornut. q. s. ut f. pil № 30.
D. S. По 1 шт. 3 раза в день.

7. Ergotini in ampullis № 10.
D. S. По 1-2 куб. *см* для подкожных ин'екций.

8. Extr. fluid. Hydrastis canadensis 20,0.
D. S. По 15-20 кап. 3 раза в день.

9. Stypticini in tablett. à 0,05 — № 10.
D. S. По 1 шт. 3 раза в день.

10. Stypticini 0,05.
Sacchari albi 0,3.
M. f. p. D. t. d. № 10.
S. По 1 пор. 3 раза в день.

11. Stypticini 0,5.
Aq. destillat. 10,0.
M. Sterilisat.
D. S. По 1 куб. *см* для подкожных ин'екций.

12. Extr. fluid. Polygoni hydropiperis 30,0.
D. S. По 30-50 кап. 3 раза в день.

13. Extr. fluid. Viburni prunifolii 20,0.
D. S. По 20-40 кап. 3 раза в день.

14. Extr. fluid. Gossipii herbacei 60,0.
D. S. По чайн. ложке 3 раза в день.

15. Extr. fluid. Hamamelis virginicae 60,0.
D. S. По чайной ложке 3 раза в день.

16. Calcii lactici 0,3.
F. p. D. t. d. № 10.
S. По 1 пор. 3 раза в день.

17. Sol. Calcii chlorati 10%—200,0.
D. S. По стол. ложке 3 раза в день.

18. Sol. Calcii chlorati 5%—200,0.
D. S. По 2 стол. ложки в клизме.

19. Sol. Calcii chlorati 10%—50,0.
Sterilisati.
D. S Для внутривенных ин'екций по 10 куб. *см.*

20. Liq. ferri sesquichlorati 100,0.
D. S. По 1 стол. ложке на литр — для спринцевания.

21. Liq. ferri sesquichlorati 10,0.
Aq. destillatae 100,0.
M. D. S. Для смачивания марлевого тампона.

Болеутоляющие средства

22. Sol. Morphii muriat. 1%—30,0.
Sterilisat.
D. S. Для подкожных ин'екций по 1 куб. *см.*

23. Morphii muriatici 0,01.
Sacchari albi 0,3.
M. f. p. D. t. d. № 6.
S. По 1 пор. 2 раза в день.

24. Morphii muriatici 0,1.
Aq. amygdalarum amararum 10,0.
M. D. S. По 10-20 кап. 3 раза в день.

25. Morphii muriatici 0,015.
But. Cacao 2,0.
M. f. Supp. D. t. d. № 6 S.—Свечи.

26. T-rae Opii simplex 5,0.
D. S. По 5 кап. 3 раза в день.

27. Sol. Pantoponi 1%—20,0.
Sterilisat.
D. S. По 1 куб. *см* для подкожных ин'екций.

28. T-rae Belladonnae 5,0.
D. S. По 5 кап. 3 раза в день.

29. Extr. Belladonnae 0,02.
But. Cacao 2,0.
M. f. Supp. D. t. d. № 6 S—Свечи.

30. Morphii muriat. 0,01.
Extr. Belladonnae 0,02.
But. Cacao 2,0.
M. f. Supp. D. t. d. № 6 S.—Свечи.

31. Antipyrini 0,8.
Extr. Belladonnae 0,015.
Extr. Opii 0,02
But. Cacao q. S. ut f. supposit.
D. t. d. № 6 S—Свечи.

32. T-rae Cannabis indici 15,0.
D. S. По 7 кап. 3 раза в день.

33. Codeini 0,01.
Natrii bicarbon. 0,3.
M. f. p. D. t. d. № 10.
S. По 1 пор. 3 раза в день.

34. Pyramidoni 0,3.
F. p. D. t. d. № 10.
S. По 1 пор. 3 раза в день.

35. Antipyrini 0,3.
F. p. D. t. d. № 10.
S. По 1 пор. 3 раза в день.

36. Phenacetini 0,3.
F. p. D. t. d. № 10.
S. По 1 пор. 3 раза в день.

Средства, повышающие половую возбудимость

37. T-rae. Cantharidum 10,0.
D. S. По 2 капли 2 раза в день.
(Только при абсолютно здоровых почках).

38. Sol. Yochimbini hydrochlorici 1%—10,0.
D. S. По 10 кап. 3 раза в день.

39. Extr. Muira puiama fluid. 20,0.
D. S. По 15 кап. 3 раза в день.

Средства, понижающие половую возбудимость

40. Camphorae monobromat. 0,2.
Sacchari albi 0,5.
M. f. pulv. D. t. d. № 10.
S. По 1 пор. 3 раза в день.

41. Lupulini
Camphorae monobrom. aa 0,2
M. f. p. D. t. d. № 10.
S. По 1 пор. 3 раза в день.

42. Zinci valerianic. 1,0
Massae pilul. q. S. ut f. pil. № 60.
D. S. По 1-2 пилюли 3 раза в день.

43. Codeini phosphorici 0,15.
Natrii bromati 10,0.
Infus Adonis vernalis ex 5,0 : 200,0.
M. D. S. По 1 стол. ложке 2 раза в день.

Рассасывающие средства

44. Ichthyoli 5,0.
Glycerini 50,0
M. D. S. Для тампонов.

45. T-rae Iodi 1,0.
Glycerini 20,0.
M. D. S. Для тампонов.

46. Iodi puri 0,002.
Kali jodati. 0,02.
Extr. Belladonnae 0,02
Ichthyoli 0,2
But. Cacao 2,0.
M. f. Supp. D. t. d. № 6 S—Свечи.

47. Extr. Belladonnae 0,015
Ichthyoli 0,2
But. Cacao 2,0.
M. f. Supp. D. t. d. № 10 S—Свечи.

Прижигающие средства

48. T-rae Iodi 5%—20,0.
D. S. Для смазывания эрозий.

49. Sol. Argent. nitric 10% —20,0.
D. S. Для смазывания эрозий и шеечного канала.

50. Sol. Zinci chlorati 10%—20,0.
D. S. Для смазывания эрозий.

51. Kali hypermangan subtilissime pulverat 5,0
D. S. Для припудривания эрозий.

Средства для спринцеваний

52. Sol. Hydrargyri bicchlorati 1%—200,0.
D. S. По стол. ложке на литр.

53. Lysoli 100,0.
D. S.—2 чайн. ложки на литр.

54. T-rae Iodi 50,0.
D. S.—1 чайн. ложку на литр.

55. Zinci sulfocarbolici 100,0.
D. S.—1 чайн. ложку на литр.

56. Zinci sulfurici 100,0
D. S.—1 чайн. ложку на литр.

57. Zinci sulfurici
Aluminis erudi aa 50,0.
D. S.—1 чайн. ложку на литр.

58. Sol. Kalii Hypermangan. 2%—200,0.
D. S. 1 стол. ложка на литр.

59. Formalini 10%—200,0.
D. S. 1 чайн. ложку на литр

60. Acidi tannici 50,0.
D. S.—1 чайн. ложку на литр.

61. Acidi lactici 50,0.
D. S.—1 чайн. ложку на литр.

62. Aceti pyrolignosi crudi 500,0.
D. S.—1 стол. ложку на литр.

ПРИЛОЖЕНИЯ

О ЗАПРЕЩЕНИИ АБОРТОВ, УВЕЛИЧЕНИИ МАТЕРИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ РОЖЕНИЦАМ, УСТАНОВЛЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОМОЩИ МНОГОСЕМЕЙНЫМ, РАСШИРЕНИИ СЕТИ РОДИЛЬНЫХ ДОМОВ, ДЕТСКИХ ЯСЛЕЙ И ДЕТСКИХ САДОВ, УСИЛЕНИИ УГОЛОВНОГО НАКАЗАНИЯ ЗА НЕПЛАТЕЖ АЛИМЕНТОВ И О НЕКОТОРЫХ ИЗМЕНЕНИЯХ В ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВЕ О РАЗВОДАХ

Постановление Центрального Исполнительного Комитета и Совета Народных Комиссаров Союза ССР

Октябрьская социалистическая революция, положившая начало уничтожению всякой классовой эксплоатации, уничтожению самих классов, одновременно положила начало и полному и окончательному раскрепощению женщин.

Ни в одной стране в мире женщина не пользуется таким полным равноправием во всех областях политической, общественной жизни и в семейном быту, как в СССР.

Ни в одной стране в мире женщина как мать и гражданка, на которой лежит большая и ответственная обязанность рождения и воспитания граждан, не пользуется таким уважением и защитой закона, как в СССР.

Однако, наступившая в первые годы после гражданской войны и вооруженной интервенции экономическая разруха в стране и унаследованная от дореволюционной эпохи недостаточность культурного уровня женщин не позволили им сразу же полностью использовать предоставленные законом права и без опасения за будущее исполнять свои обязанности гражданки и матери, ответственной за рождение и первоначальное воспитание своих детей. В связи с этим Советская власть разрешила 18 ноября 1920 г. производство абортов (искусственный перерыв беременности) для женщин пока, как писали Народный Комиссариат Здравоохранения и

Народный Комиссариат Юстиции, „моральные пережитки прошлого и тяжелые экономические условия настоящего еще вынуждают часть женщин решаться на эту операцию“ („С. У.“ № 90, ст. 471).

Ленин еще в 1913 г. писал, что сознательные рабочие — „безусловные враги неомальтузианства, этого течения для мещанской парочки, заскорузлой и себялюбивой, которая бормочет испуганно: самим бы, дай бог, продержаться как-нибудь, а детей уж лучше ненадобно“.

Но, восставая против аборта, как социального зла, Ленин считал явно недостаточными для борьбы с ним только запрещающие аборт законы. Больше того, он указывал, что в условиях капитализма эти законы только отражают „лицемерие господствующих классов“, так как они „не исцеляют болячек капитализма, а превращают их в особенно злокачественные, особенно тяжелые для угнетенных масс“ (т. XVI, стр. 498—499).

Только в условиях социализма, где отсутствует эксплоатация человека человеком и где женщина является полноправным членом общества, а прогрессирующее повышение материального благосостояния трудящихся является законом общественного развития, — можно серьезно поставить борьбу с абортами, в том числе и путем запретительных законов.

Уничтожение капиталистической эксплоатации в СССР, рост материального благосостояния и гигантский рост политического и культурного уровня трудящихся — позволяют поставить вопрос о пересмотре постановления НКЗдрава и НКЮста от 18 ноября 1920 г.

Необходимое материальное обеспечение женщин и их детей, государственная помощь многосемейным, максимальное развитие сети родильных домов, детских яслей, детских садов, законодательное установление минимума сумм, подлежащих уплате отцом ребенка на его содержание при раздельном жительстве супругов, с одной стороны, и запрещение абортов — с другой, вместе с усилением наказания за злостный неплатеж присужденных судом средств на содержание детей и внесением некоторых изменений в законодательство о разводах, в целях борьбы с легкомысленным отношением к семье и семейным обязанностям, — таковы пути, на которые нужно встать для разрешения этого большого, затрагивающего все население вопроса. В этом отношении советское правительство идет навстречу многочисленным заявлениям трудящихся женщин.

В связи с изложенным и учитывая некоторые замечания, сделанные гражданами при обсуждении проекта, ЦИК и СНК Союза ССР постановляют:

I

О запрещении абортов

1. В связи с установленной вредностью абортов, запретить производство таковых как в больницах и специальных лечебных заведениях, так и на дому у врачей и на частных квартирах беременных. Производство абортов допустить исключительно в тех случаях, когда продолжение беременности представляет угрозу жизни или грозит тяжелым ущербом здоровью беременной женщины, а равно при наличии передающихся по наследству тяжелых заболеваний родителей, и только в обстановке больниц и родильных домов.

2. За производство абортов вне больниц или в больнице, но с нарушением указанных условий, установить уголовное наказание врачу, производящему аборт, — от 1 года до 2 лет тюремного заключения, а за производство абортов в антисанитарной обстановке или лицами, не имеющими специального медицинского образования, установить уголовное наказание не ниже 3 лет тюремного заключения.

3. За понуждение женщины к производству аборта установить уголовное наказание — тюремное заключение до 2 лет.

4. В отношении беременных женщин, производящих аборт в нарушение указанного запрещения, установить как уголовное наказание, — общественное порицание, а при повторном нарушении закона о запрещении абортов — штраф до 300 рублей.

II

Об увеличении материальной помощи государства роженицам и установлении государственной помощи многосемейным

5. В целях улучшения материального положения рожениц как работниц, так и служащих, застрахованных в органах социального страхования, увеличить размер пособия, выдаваемого из средств государственного социального страхования на обзаведение необходимыми предметами ухода за новорожденным — с 32 р. до 45 рублей.

6. Увеличить размер пособия, выдаваемого матери на кормление ребенка, с 5 р. до 10 рублей в месяц.

7. В отношении незастрахованных трудящихся женщин — членов кооперативных артелей и предприятий — установить выдачу указанных пособий кооперативными кассами взаимопомощи на тех же основаниях.

8. Отменить ограничение, установленное Кодексом законов о труде для женщин-служащих (ст. 132), приравняв их

к женщинам-работницам по длительности отпуска, предоставляемого до и после родов (56 дней до родов и 56 дней после родов).

9. Установить уголовное наказание за отказ в приеме на работу женщин по мотивам беременности, снижение им зарплаты по тем же мотивам, предусмотрев в законе обязательность сохранения за беременной женщиной, одновременно с переводом ее на более легкую работу, прежней зарплаты из расчета последних 6 месяцев работы.

10. Установить государственное пособие многосемейным матерям, имеющим 6 детей, при рождении каждого следующего ребенка в 2 тысячи рублей ежегодно в течение 5 лет со дня рождения ребенка, а матерям, имеющим 10 детей, — единовременное государственное пособие при рождении каждого следующего ребенка в 5 тысяч рублей и со второго года — ежегодное пособие в 3 тысячи рублей, выдаваемое в течение следующих 4 лет со дня рождения ребенка, с распространением настоящей статьи закона и на те семьи, у которых к моменту издания закона будет соответствующее количество детей.

III

О расширении сети родильных домов

Поручить наркомздравам союзных республик:

11. В целях полного охвата рожениц городов, промышленных и районных центров родильной помощью в специальных родильных домах, построить и ввести в эксплоатацию к 1 января 1939 г. новых 11 000 родильных коек, из них:

в 1936 г.	дополнительно к запроектированным по плану 1936 г. 4 200 койкам	2 000 коек
в 1937 г.		4 000 „
в 1938 г.		5 000 „

12. В целях увеличения стационарной родильной помощи роженицам в сельских местностях построить и ввести в эксплоатацию 32 тысячи родильных коек, из них за счет государственного бюджета 16 тысяч коек в родильных отделениях при сельских больницах и 16 тысяч коек путем организации колхозных родильных домов, отнеся стоимость их организации в 75% — за счет колхозов и в 25% — за счет государственного бюджета.

В том числе:

в 1936 г.	дополнительно к запроектированным планом 1936 г. 4,3 тыс. родильных коек при сельских больницах и 5 тыс. родильных коек при колхозных родильных домах, при больницах 4 000 коек и при колхозных родильных домах . . .	4 000 коек
в 1937 г.	при больницах 6 000 коек и при колхозных родильных домах	6 000 „
в 1938 г.	при больницах 6 000 коек и при колхозных родильных домах	6 000 „

13. В целях обеспечения рожениц, не обслуженных помощью родильных домов, акушерской помощью на дому, — развернуть к 1 января 1939 г. 14 400 новых акушерских пунктов, из них:

в 1936 г. 2 700 акушерских пунктов на селе и 1 370 акушерок при новых колхозных родильных домах.

в 1937 г. 5 000 акушерских пунктов на селе и 2 000 акушерок при новых колхозных родильных домах.

в 1938 г. 6 700 акушерских пунктов на селе и 2 000 акушерок при новых колхозных родильных домах.

IV

О расширении сети детских яслей

14. Удвоить к 1 января 1939 г. существующую сеть ясельных коек для детей по городам, совхозам, рабочим поселкам и на ж.-д. транспорте, доведя их общее количество до 800 тысяч коек, построив и введя в эксплоатацию:

в 1936 г. дополнительно к запроектированным по плану 1936 г. 34 000 коек . .	100 000	новых коек
в 1937 г.	150 000	„ „
в 1938 г.	150 000	„ „
Всего	400 000	новых коек

15. В сельских местностях удвоить к 1 января 1939 г. существующую сеть ясельных коек как в постоянных, так и сезонных колхозных яслях, увеличив количество коек в

постоянных яслях на 500 тысяч и в сезонных — на 4 миллиона коек, из них:

в 1936 г.	в постоянных колхозных яслях дополнительно к запроектированным по плану 1936 г. 70 тыс. коек	100 000	коек
	в сезонных яслях дополнительно к запроектированным в 1936 г. 1 млн. коек	500 000	„
в 1937 г.	в постоянных колхозных яслях	200 000	„
	в сезонных яслях . .	1 500 000	„
в 1938 г.	в постоянных колхозных яслях	200 000	„
	в сезонных яслях . . .	2 000 000	„

Наблюдение за развертыванием указанной сети возложить на наркомздравы союзных республик и краевые, областные и районные исполнительные комитеты.

16. В городах и промышленных местностях с 1 января 1937 г. работу в яслях производить в две смены, в продолжение 16 часов в сутки, включая выходные дни.

17. Предложить наркомздравам союзных республик обеспечить вновь открываемые учреждения соответствующими кадрами, дополнительно отпустив на подготовку среднемедицинского персонала к ассигнованиям 1936 г. — 15 млн. рублей.

18. Предложить наркомздравам союзных республик построить дополнительно в течение 3 лет — к 1 января 1939 г. — 800 новых молочных кухонь в городах, промышленных и районных центрах для питания детей до 3-летнего возраста, охватив снабжением из этих кухонь 1,5 млн. детей и развернув:

в 1936 г. 30 кухонь 1-й категории (стоимостью каждая кухня 83 000 рублей)

100 кухонь 2-й категории (стоимостью каждая кухня 65 000 рублей)

в 1937 г. 70 кухонь 1-й категории

200 „ 2 „

в 1938 г. 100 „ 1 „

300 „ 2 „

V

О расширении сети детских садов

19. Утроить в течение 3 лет действующую сеть стационарных детских садов в городах, фабрично-заводских поселках и на ж.-д. транспорте, доведя ее (против 700 тыс. мест действующей сети детских садов) — на 1 января 1939 г. до 2 100 000 мест и по совхозам, предприятиям и учреждениям в сельских местностях до 300 000 мест против 130 тысяч мест действующей сети, для чего построить и ввести в эксплоатацию:

в 1936 г.	по городам, фабрично-заводским поселкам и на ж.-д. транспорте — дополнительно к 250 000 мест, запроектированных по плану 1936 г., еще	150 000 мест
	в совхозах и на предприятиях и учреждениях в сельских местностях план увеличения детских садов на 1936 г. оставить прежний	60 000 „
	(всего —	190 000 мест)
в 1937 г.	по городам, фабрично-заводским поселкам и на ж.-д. транспорте	300 000 мест
	по совхозам и на предприятиях и учреждениях в сельских местностях	60 000 „
в 1938 г.	по городам, фабрично-заводским поселкам и на ж.-д. транспорте	700 000 „
	по совхозам и на предприятиях, учреждениях в сельских местностях	50 000 „

20. К 1 января 1939 г. развернуть стационарные детские сады в колхозах дополнительно к существующей сети в 400 000 мест, еще на 700 000 мест, введя в эксплоатацию:

в 1936 г.	дополнительно к запроектированным на 1936 г. — 150 000	50 000 мест
	(всего . . .	200 000 мест)
в 1937 г.		240 000 „
в 1938 г.		260 000 „

В тот же срок охватить детскими сезонными дошкольными площадками всех детей в колхозах, для чего развернуть:

в 1936 г. (согласно плану 1936 г.)	4 500 000 мест
в 1937 г.	7 800 000 „
в 1938 г.	10 700 000 „

Наблюдение за развертыванием сети детских садов и детских дошкольных сезонных площадок в сельских местностях возложить на наркомпросы союзных республик и краевые, областные и районные исполнительные комитеты.

21. Обязать наркомпросы союзных республик уже во вторую половину 1936 г. подготовить 50 000 воспитателей для этих вновь открываемых садов, отпустив для этой цели дополнительно к ассигнованиям 1936 г. на подготовку кадров для новых детских садов по сметам наркомпросов союзных республик — 35 млн. рублей.

VI

Об изменении порядка руководства детскими садами

22. Изменить постановление Совнаркома Союза ССР от 6 июля 1935 г. („С. З." № 35, ст. 309) о сосредоточении руководства и управления всеми детскими садами в системе наркомпросов союзных республик, передав в ведение хозяйственных наркоматов, учреждений и предприятий те детские сады, в которых содержатся дети рабочих и служащих этих учреждений и предприятий, оставив в ведении наркомпросов лишь те детские сады, которые обслуживают мелкие учреждения и предприятия, не имеющие своих садов. Непосредственное руководство детскими садами возложить на администрацию предприятия или учреждения, при котором состоит сад, с привлечением фабрично-заводских комитетов и комсомольских организаций этих предприятий и учреждений. За наркомпросами союзных республик сохранить общее педагогическое руководство, контроль за правильным построением сети детских садов и подготовку педагогических кадров.

Совету Народных Комиссаров Союза ССР определить порядок передачи и финансирования детских садов, как равно порядок строительства и финансирования новых детских садов, в связи с вновь устанавливаемой системой руководства и управления детскими садами.

VII

О финансировании вышеуказанных мероприятий

23. В соответствии с настоящим постановлением, ассигновать сверх уже отпущенных на 1936 г. по государственному и местному бюджетам и бюджету социального страхования 1 481,3 млн. руб. на родильные койки, акушерские пункты; ясли, молочные кухни и детские сады, дополнительно на 1936 г. 692,8 млн. рублей на строительство и развертывание сети этих учреждений, доведя общую сумму ассигнований в 1936 г. до 2 174,1 млн. руб. против 875 млн. руб. в 1935 г. Из указанных 692,8 млн. руб. направить на строительство:

а) родильных коек в городах	22,2 м. р.	
б) родильных коек на селе	23 8 „ „	
в) детских яслей в городах	320,0 „ „	с зачетом произвед. 11% по сокращен. себестоимости строительства.
г) детских садов в городах	221,0 „ „	
д) молочных кухонь	9,0 „ „	

Всего на строительство: 596,0 млн. руб.

На оперативные расходы:

а) на содержание вновь открываемых родильных коек и акушерских пунктов	5 млн. руб
б) на содержание в конце 1936 г. вновь построенных детских яслей	11,8 млн. руб.
в) на расширение и улучшение действующей сети детских садов путем использования и приспособления под детские сады новой предоставляемой площади, веранд и других легкого типа помещений в существующих детских садах, производство мелкого ремонта освобождаемых от жильцов помещений	30,0 млн. руб.

Всего: . . 46,8 млн. руб.

На подготовку кадров:

а) на подготовку кадров акушерок и медсестер Наркомздрава	15 млн. руб.
б) на подготовку кадров воспитателей городских детских садов Наркомпроса	17 „ „
в) на подготовку кадров воспитателей сельских детских садов Наркомпроса	18 „ „

Всего: . . 50 млн. руб.

24. Ассигновать на увеличение родильной помощи роженицам в соответствии с п. 5, 6 и 8 настоящего постановления 70,5 м. руб.

25. Совету Народных Комиссаров Союза ССР обеспечить запроектированное строительство необходимыми строительными материалами с тем, чтобы наркоматы к 1 июля с. г. могли приступить к строительству.

26. В целях установления единообразного твердого порядка финансирования детских садов и детских яслей, во изменение постановления Совнаркома Союза ССР от 6 июля 1935 г. („СЗС" № 35—1935 г., ст. 310) „Об обязательных взносах предприятий и учреждений на содержание детских яслей и детских садов" в размере $^1/_4$% к фонду зарплаты,—установить на 1936 г. прямое ассигнование на эту цель из государственного бюджета в сумме 300 млн. руб., внеся соответствующие изменения в финансовые планы хозяйственных органов и учраждений, а также в доходную и расходную часть бюджета государственного социального страхования.

VIII

Об усилении уголовного наказания за неплатеж алиментов и об изменениях в законодательстве о разводах

27. Во изменение действующих законов о браке, семье и опеке, в целях борьбы с легкомысленным отношением к семье и семейным обязанностям, установить при производстве развода личный вызов в ЗАГС обоих разводящихся супругов и отметку в паспорте разводящихся,— о разводе.

28. Повысить оплату регистрации разводов в размерах: первый развод — 50 рублей, второй — 150 рублей, третий и последующие — 300 рублей.

29. При присуждении алиментов взыскивать на содержание одного ребенка $^1/_4$ получаемой зарплаты ответчика, на содержание двух детей $^1/_3$ и на содержание трех и больше — 50% зарплаты ответчика.

30. Для колхозниц исчисление производить в трудоднях по тем же нормам.

Если мать-колхозница, получающая алименты, работает с ответчиком в одном колхозе, — обязать правление колхоза непосредственно при исчислении трудодней записывать соответствующую часть выработанных трудодней отца (в зависимости от наличия детей) на счет матери. Если мать работает в другом колхозе, — это перечисление на имя матери соответствующей части выработанных отцом трудодней пере-

числяется на имя матери правлением колхоза, где работает ответчик, при окончательном подсчете трудодней.

31. Повысить уголовное наказание за неплатеж присужденных судом средств на содержание детей—до 2-х лет тюремного заключения, с отнесением расходов по розыску уклоняющегося от платежа алиментов лица за его счет.

Председатель Центрального Исполнительного Комитета Союза ССР
М. Калинин.

Председатель Совета Народных Комиссаров Союза ССР
В. Молотов.

И. о. Секретаря Центрального Исполнительного Комитета Союза ССР
И. Уншлихт.

27 июня 1936 года, Москва, Кремль.

О ПОРЯДКЕ РАЗРЕШЕНИЯ АБОРТА ПО МЕДИЦИНСКИМ ПОКАЗАНИЯМ

Постановление Совета Народных Комиссаров Союза ССР

Москва, Кремль, № 2012, 22 ноября 1936 г.

Совет народных комиссаров Союза ССР постановляет:

Утвердить представленное народным комиссаром здравоохранения Союза ССР положение о порядке разрешения операции искусственного прерывания беременности (аборта) по медицинским показаниям.

Председатель Совета Народных Комиссаров Союза ССР
В. Молотов.

Управляющий делами Совета Народных Комиссаров
Союза ССР **И. Мирошников.**

ПОЛОЖЕНИЕ О ПОРЯДКЕ РАЗРЕШЕНИЯ ОПЕРАЦИИ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ (АБОРТА) ПО МЕДИЦИНСКИМ ПОКАЗАНИЯМ

Приложение к постановлению СНК Союза ССР от 22/XI 1936 г., № 2012.

Постановление ЦИК и СНК СССР от 27 июня 1936 года „О запрещении абортов" требует от медицинских работников самого точного и добросовестного исполнения.

Советский врач должен твердо усвоить, что аборт не только вреден для здоровья женщины, но и является серьезным социальным злом, борьба с которым есть долг каждого сознательного гражданина и, прежде всего, медицинских работников.

Добросовестный советский врач в своей практике не должен допускать ни малейшего отступления от основного правила, изложенного в постановлении ЦИК и СНК СССР от 27 июня 1936 года о том, что аборт запрещен законом и допускается

только как исключение, в тех случаях, когда „продолжение беременности представляет угрозу жизни или грозит тяжелым ущербом здоровью беременной женщины, а равно при наличии передающихся по наследству тяжелых заболеваний родителей".

Заболевания, при которых разрешается производство аборта, перечислены в утвержденных НКЗдравом СССР медицинских показаниях к аборту (прилагаются).

Всякое произвольное толкование этих показаний, всякое расширение их категорически запрещается. Врача, который недостаточно строго и добросовестно будет применять установленные показания, не говоря уже о прямых нарушениях, ожидает установленное законом уголовное наказание.

Считая необходимым в связи с этим обеспечить строгое соблюдение закона самой организацией порядка разрешения абортов, НКЗдрав Союза ССР, во исполнение постановления ЦИК и СНК Союза ССР, устанавливает следующие правила для рассмотрения и разрешения дел о производстве абортов по медицинским показаниям.

1. Прерывание беременности путем операции аборта допускается исключительно при наличии заболеваний, указанных в прилагаемых медицинских показаниях.

2. В каждом отдельном случае наличие заболевания, являющегося основанием для разрешения аборта, устанавливает врачебная комиссия в составе 3 врачей, в том числе 2 постоянных членов — акушера-гинеколога и терапевта — и 3-го, приглашаемого к участию в комиссии, врача по той специальности, к области которой относится устанавливаемое заболевание.

Постоянные члены комиссии назначаются заведующими краевыми (областными) здравотделами и наркомами здравоохранения республик, не имеющих областного деления, сроком на один год.

3. Врачебные комиссии по разрешению абортов организуются при женских консультациях в каждом городе, а также в районных центрах по спискам, составляемым НКЗдравами союзных республик и утверждаемым НКЗдравом СССР. В районных центрах, не имеющих женских консультаций, комиссии создаются при районных больницах.

Каждая комиссия обслуживает прикрепленный к ней определенный район (территорию).

Примечание. Сельские участковые врачи в случае обращения к ним больных, требующих производства абортов по медицинским показаниям, направляют таких больных в соответствующие врачебные комиссии со своим заключением, в котором должны быть указаны диагноз заболевания и подтверждающие его об'ективные данные.

4. Врачебная комиссия должна по каждому заявлению о производстве аборта вынести решение не позже 5 дней.

5. В тех случаях, когда в амбулаторном порядке не представляется возможным сделать заключение о характере заболевания беременной в соответствии с установленными показаниями, комиссия имеет право направить больную в стационар для стационарного обследования.

6. В отдельных случаях, при наличии индивидуальных медицинских показаний к аборту, не предусмотренных НКЗдравом, но явно угрожающих тяжелым ущербом здоровью беременной женщины, врачебная комиссия направлет беременную со своим заключением в Центральную комиссию.

7. Центральные комиссии организуются для руководства работой первичных врачебных комиссий при край(обл)здравах и Наркомздравах республик, не имеющих областного деления, из 3 врачей-специалистов под личным председательством заведующего здравотделом или народного комиссара здравоохранения. Состав Центральной комиссии назначается наркомом здравоохранения соответствующей союзной республики.

8. Каждое разрешение на производство аборта должно быть оформлено особым актом с указанием имени, отчества и фамилии беременной, возраста, срока беременности, точного диагноза заболевания (по номенклатуре установленных медицинских показаний), об'ективных данных, подтверждающих диагноз, а также отсутствия противопоказаний к производству операции.

Акт пишется в 2 экземплярах, из которых каждый должен быть скреплен подписями членов комиссии. Один экземпляр акта выдается на руки беременной для представления в определенное (по списку, установленному здравотделом) лечебное стационарное учреждение, где имеет быть произведен аборт, другой остается в делах комиссии.

В таком же порядке составляется акт и в случае отказа в разрешении аборта.

9. Операции аборта могут производиться по установленным медицинским показаниям исключительно в больницах или родильных домах. При наличии у беременной акта о разрешении на аборт, выданного надлежащей врачебной комиссией, лечебное учреждение, в которое направлена беременная, не вправе отказать в производстве аборта.

10. Аборты производятся за плату. Размер платы устанавливается наркомздравами союзных республик.

11. По каждой операции аборта составляется по общим правилам история болезни и, кроме того, каждая операция заносится в особый журнал по форме, установленной НКЗдрав СССР.

Акт о разрешении на аборт, выданный врачебной комиссией, должен храниться в лечебном учреждении, производившем аборт, вместе с историей болезни.

12. Беременные с неполным абортом (начавшемся вне больницы) принимаются исключительно в больницах или отведенных для этого специальных лечебницах. Неполные аборты документируются историями болезни и записями в журнал.

В случае поступления беременной с неполным абортом и признаками имевшего место внешнего вмешательства для прерывания беременности, принявший беременную врач обязан точно записать в историю болезни статус женщины и известить об этом случае прокуратуру.

13. Заведующие край(обл)здравами и наркомы здравоохранения несут полную ответственность за правильную работу врачебных комиссий в соответствии с настоящим положением.

Члены врачебных комиссий за разрешение аборта при отсутствии установленных медицинских показаний подвергаются уголовному наказанию, предусмотренному ст. 2 постановления ЦИК и СНК СССР от 27 июня 1936 года.

Народный комиссар здравоохранения СССР **Г. Каминский**

МЕДИЦИНСКИЕ ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ (АБОРТА)

Медицинскими показаниями к аборту являются:

1) тяжкие и стойкие органические поражения сердца и кровеносных сосудов: эндокардиты с анатомическими поражениями клапанов сердца, анатомические поражения клапанов сердца и поражения мышцы сердца при явлениях недостаточности кровообращения (отеки, застойная печень, цианоз, одышка) и стойкая гипертония, не зависящая от беременности;

2) стойкие формы воспалительных, дегенеративных и склеротических изменений почек с ограничением их функций;

3) двухсторонний нефролитиазис (установленный рентгенологически);

4) открытые формы легочного туберкулеза, а также закрытые туберкулезные изменения легких и плевры со стойкими интоксикациями;

5) туберкулез мочевых путей, брюшины, кишечника, костей, суставов, гортани.

6) хронические паренхиматозные поражения печени с выраженным нарушением функции;

7) базедова болезнь с выраженной недостаточностью сердечно-сосудистой системы или другими стойкими интоксикациями;

8) злокачественное малокровие (бирмеровская форма) и злокачественная анемия беременных;

9) лейкозы (белокровие);

10) больные, страдающие или страдавшие злокачественными опухолями;

11) эпилепсия, удостоверенная лечебным учреждением;

12) ретиниты или невриты зрительного нерва, вызванные беременностью или поражением периферической сосудистой системы;

13) тяжелые заболевания роговицы, вследствие истощения организма или эндокринных расстройств, вызванных беременностью (например, гипопион-кератит, кератоконус);

14) сужение таза с истинной кон'югатой в 7,5 сантиметров и ниже, значительные деформации таза различного происхождения, а также значительные рубцовые изменения влагалища, препятствующие родоразрешению через естественные родовые пути;

15) допускается аборт, если у матери, отца или у одного из детей имело или имеет место одно из следующих заболеваний, могущих передаваться по наследству: гемофилия, идиотия, генуинная эпилепсия, тяжкие формы шизофрении или маниакально-депрессивного психоза, подвергавшиеся больничному лечению; тяжелые наследственные болезни глаз, ведущие к слепоте; наследственная глухонемота; наследственные прогрессирующие системные заболевания нервной системы (прогрессивная мышечная атрофия, наследственная атаксия).

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ (АБОРТА)

Противопоказаниями к операции искусственного аборта являются:

1) гонорея острая и подострая;

2) острые и подострые вульвовагиниты и бартолиниты любого происхождения, а также фурункулы на половых органах;

3) эрозии при наличии гнойных выделений из шейки матки;

4) наличие воспалительных процессов в придатках и окружающей их брюшинной клетчатке;

5) все местные гноеродные и общие острые инфекционные заболевания.

Примечание. При наличии противопоказаний к аборту врачебная комиссия должна сопоставить его с основным заболеванием, по поводу которого предполагается сделать аборт, и решить вопрос, тщательно взвесив, что лучше для здоровья женщины — сохранить беременность или прервать ее с известным риском.

Народный комиссар здравоохранения СССР **Г. Каминский.**

ИНСТРУКЦИЯ О РАБОТЕ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

(Разработана Воронежским институтом ОММ)

I. Основные задачи женской консультации

На данном этапе женская консультация является лечебно-профилактическим учреждением, имеющим целью охранить здоровье трудящихся женщин — работниц и колхозниц как членов социалистического общества и обеспечить им наилучшие условия для совмещения материнских функций с активным участием в социалистическом строительстве страны.

Для достижения этих целей консультация должна брать женщину под свое наблюдение с момента ее полового созревания, давать ей советы при вступлении в брак, наблюдать за ней во время беременности, бороться за оздоровление ее труда и быта, лечить ее болезни, брать ее под наблюдение в климактерическом периоде.

II. Организация и формы работы

1. Первичная консультация заключается в назначении нескольких дней в неделю для приема беременных со взятием на учет всех беременных, в радиусе 5-6 километров и охватом их патронажем.

2. Развитая женская консультация организуется:

а) при роддоме,

б) самостоятельно,

в) самостоятельно, будучи, однако, связанной в административно-хозяйственном отношении с детской консультацией.

Консультация для женщин возглавляется специалистом — акушером-гинекологом.

Помещение. Требуется не менее 2 комнат: ожидальни и кабинета врача (первичная консультация).

Развитая консультация состоит из следующего помещения:

1) раздевальни,

2) регистратуры,

3) ожидальни,

4) кабинета для приема беременных,

5) кабинета для приема гинекологических,

6) процедурного кабинета.

Оборудование: вешалка, стол, стулья, столик с графином и стаканами, шкафчик для хранения канцелярских принадлежностей, письменный стол, выставка по ОММ, плевательницы.

Для кабинета врача: стеклянный шкаф для инструментов, стол, 3 стула, умывальник, ширма, занавески на окнах, гинекологическое кресло, кушетка деревянная, столик для реактивов, весы, аппарат для измерения кровяного давления, тазомер, стетоскоп акушерский и обычный, зеркало Куско и Симона, термометр, корнцанги, катетер металлический и мягкий, шприц, две банки для мочи, цилиндр градуированный на 100,0, штатив для пробирок, пробирки для мочи, спиртовая горелка, альбуминометр Эсбаха, кружка Эсмарха, подставки для нее, подкладное судно, платиновая петля, предметные стекла, щетки для рук, резиновые перчатки.

Белье: простыни, полотенца, халаты, индивидуальные подкладные клеенки.

III. Содержание работы

1. В консультации проводится прием и лечение беременных и гинекологических больных одним и тем же врачом в разные часы, а по возможности, в разных кабинетах.

2. Женская консультация оказывает помощь на дому беременным, родильницам и гинекологическим в специально выделенные часы.

3. В обслуживании женщин соблюдается участковость со включением в обслуживание и производств, находящихся на данной территории.

4. На каждую женщину при первичном посещении составляется анкета, все параграфы которой тщательно заполняются. За правильное ведение карточек несет ответственность врач.

5. Беременным с 7 мес. выдается на руки карточка связи для представления в роддом.

6. Женщинам, нуждающимся в прерывании беременности по состоянию здоровья, выдается специальный акт для представления в стационар, с заключением медицинской комиссии о состоянии здоровья, с диагнозом заболевания и с указанием соответствующего пункта инструкции Наркомздрава.

7. При первичном обращении беременных производится общее и специальное исследование, при котором отмечается:

а) состояние наружных половых органов;

б) величина, форма, консистенция, положение матки (до 4 месяцев беременности),

в) состояние шейки, стенок влагалища и характер выделений; с 4-го месяца стояние дна матки; с 7 мес. определяется положение, позиция и предлежащая часть,

г) измерение таза, измерение роста,

д) вес беременной,

е) обследование скелета,

ж) наличие или отсутствие отеков,

з) состояние сосков, полости рта, щитовидной железы.

8. Не реже 1 раза в месяц до 7 мес., а в дальнейшем не реже 2 раз в месяц производится исследование мочи и кровяного давления беременных, исследование крови на RW у всех первобеременных, а у повторнобеременных по показаниям.

9. Беременные посещают консультацию 1 раз в месяц до 8 лунных месяцев, а с 8 лунных месяцев—2 раза в месяц.

10. Консультация имеет связь при обслуживании беременных с зубным кабинетом, с терапевтическим кабинетом, с вендиспансером и тубдиспансером, с детской консультацией и соцправовым кабинетом.

11. Консультация проводит лечение беременных.

12. Консультация производит своевременное направление патологических случаев беременности в стационар: неукротимая рвота, эклямпсия, кровотечение, неправильные положения плода, узкий таз, случаи беременности, осложненные заболеваниями внутренних органов.

13. Связь с роддомом, кроме направления патологических случаев в палату беременных, осуществляется путем обменных карточек, общих научных конференций и производственных совещаний, совместительством работы врачей в консультации и роддоме.

14. Консультация проводит лечение гинекологических больных.

15. Консультация ведет обслуживание обращающихся по вопросам половой гигиены и за противозачаточными средствами.

16. Санпросветработа, проводимая в консультации, заключается:

а) в индивидуальных беседах врача с женщинами во время приема,

б) в групповых беседах и лекциях,

в) в школах материнства,

г) в стенной газете и доске вопросов и ответов,

д) выставке по вопросам ОММ и женским болезням,

е) в организации показательных судов над бабками.

17. Патронаж имеет целью привить беременным санитарно-культурные навыки, проверить проведение в жизнь гигиенических указаний врача, привлечь в консультации беременных и родильниц, которые сами не являются, дать указания по уходу за новорожденным.

18. Работа консультации на производстве проводится в форме ячеек ОММ с привлечением актива работниц и заключается:

а) в участии в правильной расстановке женской рабочей силы в зависимости от срока беременности или гинекологического заболевания,

б) в участии в разработке и проведении специальных мероприятий по снижению гинекологической заболеваемости;

в) в планомерном проведении санкультработы, особенно по борьбе с подпольным абортом.

IV. Учет эффективности работы женской консультации

Женская консультация ведет регулярный ежемесячный, квартальный и годовой учет работы по следующим разделам:

1) процент рождаемости;

2) процент посещающих консультацию из всех родивших;

3) по количеству посещений консультации беременной и родильницы;

4) учету охвата рожениц стационарной помощью и помощью на дому;

5) учету всех случаев переходов и недоходов в связи с декретными отпусками;

6) учету недонашиваемости и мертворождаемости;

7) учету патологических родов;

8) учету женской заболеваемости (первичных обращений; длительно и часто болеющих).

Динамика в сторону снижения преждевременных и патологических родов, снижения „недогулов“ и „перегулов“, снижения случаев самопроизвольных выкидышей (особенно случаев, подозрительных на преступные, подпольные аборты) и общее снижение цифр женской заболеваемости явится лучшим показателем эффективности работы консультации.

ИНСТРУКТИВНОЕ ПИСЬМО НАРОДНОГО КОМИССАРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СОЮЗА ССР

от 28/XI 1936 г.

Народным комиссарам здравоохранения союзных республик, народным комиссарам здравоохранения АССР, заведующим краевыми и областными отделами здравоохранения РСФСР

Совет народных комиссаров Союза ССР 22 XI 1936 г. утвердил прилагаемое „Положение о порядке разрешения операции искусственного прерывания беременности (аборт) по медицинским показаниям".

Предлагаю принять это положение к немедленному руководству и для проведения его в жизнь строго осуществлять следующие мероприятия:

1. В трехдневный срок составить и прислать в НКЗдрав СССР на утверждение списки районных центров, где должны быть организованы врачебные комиссии по разрешению аборта.

Создание врачебных комиссий следует намечать так, чтобы одна комиссия обслуживала не меньше 2—3 административных районов среднего размера по территории и населению, причем для местонахождения комиссии должен быть избран такой районный центр, где имеются квалифицированные врачебные силы.

2. Пересмотреть и утвердить персональный состав действующих в настоящее время городских и районных врачебных комиссий и привести его в соответствие с п. 2 положения.

Из числа двух постоянных членов утвердить одного как руководителя (председателя) и наметить к каждому члену заместителя на случай отсутствия или болезни.

Следует предложить горздравам и райздравам тех районов, где будут действовать врачебные комиссии, заранее составить также список специалистов по разным специальностям с тем, чтобы третий член врачебных комиссий приглашался председателем комиссии по этому списку.

3. Все горздравы и райздравы, обслуживаемые данной врачебной комиссией, должны немедленно составить и прислать в комиссию список больниц на своей территории, в которых могут производиться аборты с разрешения врачебной комиссии.

4. Наркомы здравоохранения союзных республик должны в десятидневный срок пересмотреть и утвердить персональный состав центральных врачебных комиссий по разрешению абортов, организуемых в каждом краевом и областном центре, а также в центрах республик, не имеющих областного деления, согласно п. 7 положения. Для этого край (обл)здравы и наркомздравы АССР должны немедленно представить наркомздравам своих кандидатов.

5. Необходимо обеспечить врачебные комиссии по разрешению абортов стандартными формами (прилагаются) журналов по приему беременных, актов на разрешение или отказ в производстве аборта и отчетных сведений.

Неполные аборты записывать в общие журналы больницы, а истории болезни по ним выделять в особую картотеку.

Обратить самое серьезное внимание на своевременную и правильную документацию каждого случая разрешения аборта или отказа в разрешении.

Периодически проверять книги и документы по производству абортов как врачебных комиссий, так и в больницах.

6. Как указано в положении, плату за производство абортов устанавливают наркомздравы союзных республик. При установлении этой платы следует руководиться примерной себестоимостью операции и содержания больной, придерживаясь в среднем 40—50 руб. за каждую операцию (включая содержание больной).

Для взноса этих платежей следует открыть специальный счет рай(гор)здравотдела в финотделе и требовать, чтобы беременная, которой разрешен аборт, представляла в соответствующую больницу, вместе с разрешительным актом врачебной комиссии, квитанцию о взносе установленной платы.

Получаемые деньги следует рассматривать как специальные средства и использовывать на расходы по оплате работы врачебных комиссий и улучшению медицинского обслуживания и патронажа беременных, в особенности тех, которым отказано в разрешении на аборт.

7. Принять меры к тому, чтобы населению был широко известен порядок разрешения абортов, строгий характер медицинских показаний, местонахождение и время работы врачебной комиссии.

Врачи участков, амбулаторий и консультаций не должны отклонять просьбы больных беременных женщин об осмотре

их в связи с ходатайством об аборте только на том формальном основании, что разрешение аборта зависит от врачебных комиссий. В этих случаях, как указано в положении, участковый или амбулаторный врач должен направить больную в соответствующую врачебную комиссию со своим заключением, указав диагноз заболевания и подтверждающие его об'ективные данные.

Однако из таких предварительных врачебных осмотров никак нельзя делать обязательную стадию в рассмотрении дел об аборте, — врачебная комиссия не может отказать в рассмотрении ходатайств об аборте беременной, хотя бы и не проходившей предварительного врачебного освидетельствования.

8. Женским консультациям и социально-правовым кабинетам при них следует взять под свое наблюдение состояние здоровья не только тех женщин, которым разрешено сделать аборт, но и тех, которым было отказано в производстве аборта. Необходимо оказывать таким женщинам самую тщательную медицинскую помощь и всякого рода моральную поддержку, чтобы не допустить их обращения к подпольным абортмахерам.

9. До настоящего времени медицинские учреждения и медицинские работники недопустимо мало уделяют внимания своей прямой обязанности — вести пропаганду и просветительную работу, направленную к тому, чтобы внедрить в массы женщин убеждение в серьезном вреде и преступности абортов. С недопустимой пассивностью многие медицинские работники относятся также и к случаям подпольных абортов, с которыми они сталкиваются на практике, следуя позорному правилу: „моя хата с краю".

Этой бездеятельности и пассивности надо положить конец.

Здравотделы обязаны разработать план систематической пропагандистской и просветительной работы среди работниц на предприятиях, колхозниц, служащих, домашних хозяек, организуя беседы о вреде абортов, лекции, показ кинокартин и пр., привлекая к этому делу врачей, акушерок, опираясь на помощь общественных организаций.

Врач, акушерка, столкнувшиеся в своей практике с последствиями подпольного аборта и не сообщившие об этом прокуратуре, должны быть заклеймены в своих коллективах при помощи общественных органов, товарищеских судов и т. п.

10. Учет и отчетность по абортам вести согласно прилагаемым формам, утвержденным ЦУНХУ, используя получаемые данные для оперативного руководства врачебными комиссиями в строгом соответствии с законом.

Народный комиссар здравоохранения СССР **Г. Каминский.**

е) Формы №№ 1—6 по документации, учету и отчетности по абортам, утвержденные ЦУНХУ

Форма № 1

Лицевая сторона

АКТОВАЯ КНИГА ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ ПО РАССМОТРЕНИЮ ЗАЯВЛЕНИЙ ОБ ИСКУССТВЕННОМ ПРЕРЫВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

города

. . . . района

. . . . обл(края), АССР

Оборотная сторона

формы № 1

№ п/п	Месяц и число поступления заявлений	Фамилия, имя, отчество	Возраст	Адрес постоянного местожительства	Срок беременности	Диагноз в соответствии с перечнем показаний и противопоказаний к аборту	Заключение комиссии
1	2	3	4	5	6	7	8

1. При каждом заседании комиссии — перед началом записей проставляется дата заседания. После занесения в книгу всех заявлений и результатов освидетельствования на данном заседании скрепляется подписями всех членов комиссии.

2. В гр. 7 вписывается диагноз. Представленные справки, анализы, рентгенограммы и пр. нумеруются порядковым номером записи в актовой книге, складываются и хранятся в особой папке комиссии.

3. В гр. 8 вписывается заключение комиссии: в случае разрешения аборта: „разрешен аборт на основании пункта . . . . . перечня показаний (к операции искусственного прерывания беременности, утвержденных СНК СССР); в случае отказа: а) „отказано за отсутстием показании“, или б) „отказано на основании . . . . перечня противопоказаний“ к производству аборта.

Форма № 2

АКТ № . . . .

„ “ . . . . . . 193 г. выдан комиссией по рассмотрению заявлений об аборте . . . . района / города
. . . . обл.(края), АССР.

Гр ке . . . .
(фамилия, имя, отчество)

. . . . . лет, имеющей . . . . беременности, в том, что ей
(срок)

разрешено произвести искусственное прерывание беременности . . . . .

Основание: подробный диагноз . . . .
. . . .
. . . .

. . . . . порядковый номер . . . . перечня медицинских показаний к аборту.

Если имеются противопоказания, оговорить их и указать мотивы для разрешения аборта: . . . .
. . . .
. . . .

Выдано для пред‘явления в . . . .
. . . .
(название лечучреждения)

Место
печати

Председатель комиссии:

Члены комиссии:

Форма № 3

Лицевая сторона

ОТЧЕТ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ ПО РАССМОТРЕНИЮ ЗАЯВЛЕНИЙ ОБ АБОРТЕ

За . . . . мес. 193 г.

Направляется в гор. обл(край)-здравотдел, НКЗдрав АССР, НКЗдрав ССР, не имеющих обл. деления, по принадлежности 3-го числа следующего за отчетным месяц

. . . . обл.(край) АССР . . . . район / город

1. Число поданных заявлений об аборте . . . .
2. Число выданных разрешений на производство аборта . . . . . .
В том числе живущих в городе . . . . в сельской местности . . . .
3. Число лиц, которым аборт не разрешен . . . .
В том числе по медицинским противопоказаниям . . . .

Председатель комиссии:

„ — “ . . . . . . 193 г. Оборотная сторона формы № 3

Распределение разрешений по характеру медицинских показаний

№ п/п	Название болезней и групп их	Число разрешений	
1	Тяжкие и стойкие органические поражения сердца и кровеносных сосудов		
2	Стойкие формы воспалительных, дегенеративных и склеротических изменений почек с ограничением их функций		
3	Двухсторонний нефролитиазис		
4	Туберкулез легких		
	а) открытые формы		
	б) со стойкими интоксикациями		
5	Туберкулез прочих органов		
6	Хронические паренхиматозные поражения печени		
7	Базедова болезнь		
8	Злокачественное малокровие		
9	Лейкозы (белокровие)		
10	Злокачественные опухоли		
11	Эпилепсии		
12	Болезни глаз		
и	а) ретиниты и невриты		
13	б) заболевания роговицы		
14	Аномалии и деформации таза и влагалища		
15	Наследственные болезни, всего		
	в том числе:		
	гемофилия		
	эпилепсия		

Форма № 4

Лицевая сторона

ОТЧЕТ О РАБОТЕ КОМИССИИ ПО РАССМОТРЕНИЮ ЗАЯВЛЕНИЙ ОБ АБОРТАХ И О ПРОИЗВЕДЕННЫХ АБОРТАХ

За . . . . мес. 193 г.

Направляется обл(край)здравами, НКЗдравами АССР в НКЗдравы ССР 20-го числа следующего за отчетным месяца; НКЗдравами ССР в Наркомздрав Союза ССР 30-го числа следующего за отчетным месяца.

обл(край) АССР
город

1. Число комиссий на территории, обслуживаемой здравотделом . . . .

2. Число поданных заявлений об аборте . . . .

3. Число выданных разрешений на производство аборта . . . . . . в том числе живущих в городе . . . . . , в сельской местности . . . . .

Число лиц, которым аборт не разрешен . . . . . . в том числе по медицинским противопоказаниям . . . .

5. Число произведенных полных искусственных абортов . . . . . . в том числе живущих в городе . . . . . . , в сельской местности . . . . .

6. Число поступивших в лечучреждение с начавшимся абортом . . в том числе живущих в городе . . . . . , в сельской местности . . . . .

7. Из общего числа поступивших с начавшимся абортом: самопроизвольным . . . . . . , начатым искусственно . . . .

8. Число абортов, окончившихся летально: начавшимся вне лечучреждений . . . . . . полных, искусственных . . . .

„ “ . . . . 193 г.

Зав. здравотделом:

Оборотная сторона
формы № 4

Распределение разрешений и производство полных искусственных абортов по характеру медицинских показаний

№ п/п	Название болезней и групп их	Число разрешений	Число произведенных абортов
1	Тяжкие и стойкие органические поражения сердца и кровеносных сосудов		
2	Стойкие формы воспалительных, дегенеративных и склеротических изменений почек с ограничением их функций		
3	Двухсторонний нефролитиазис		
4	Туберкулез легких:		
	а) открытые формы		
	б) закрытые со стойкими интоксикациями		
5	Туберкулез прочих органов		
6	Хронические паренхиматозные поражения печени		
7	Базедова болезнь		
8	Злокачественное малокровие		
9	Лейкозы (белокровие)		
10	Злокачественные опухоли		
11	Эпилепсия		
12 и 13	Болезни глаз:		
	а) ретиниты и невриты,		
	б) заболевания роговицы		
14	Аномалии и деформации таза и влагалища		
15	Наследственные болезни, всего		
	В том числе:		
	гемофилия,		
	эпилепсия		

Форма № 5

Лицевая сторона

ЖУРНАЛ ОПЕРАЦИЙ ИСКУССТВЕННОГО АБОРТА ПО МЕДИЦИНСКИМ ПОКАЗАНИЯМ

. . . .

(название лечучреждения)

Населенный пункт . . . . района . . . .

Области (края), АССР . . . .

Оборотная сторона

формы № 5

№№ по порядку	День и час поступления больной	Фамилия, имя, отчество	Возраст	Срок беременности	Которая по счету беременность	Кем выдано разрешение на аборт	№ разрешения	Название заболевания, явившегося основанием для разрешения аборта, с указанием порядкового номера по перечню показаний для аборта	Общее состояние больной при поступлении	Когда произведена операция аборта	Способ операции	Осложнение во время операции	Осложнения после операции: По основному заболеванию	Осложнения после операции: Послеоперационного характера	День выбытия	Состояние при выбытии
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17

Форма № 6

КАРТА АБОРТА

Высылается ежемесячно: 1) лечучреждением 5-го числа следующего за отчетным месяца в рай(гор)здравотдел, 2) рай(гор)здравотделом 10-го числа следующего за отчетным месяца в обл(край)здравотдел, наркомздравы АССР и НКЗдрав ССР, не имеющей областного деления, 3) обл(край)здравами наркомздравами АССР, по требованиям НКЗдрава ССР.

. . . .
(название лечучреждения)

Населенный пункт . . . . район . . . .
обл(край), АССР . . . .
„ “ . . . . 193 г. поступила больная . . . .
. . . .
(имя, отчество, фамилия)

живет постоянно в селе, в городе (подчеркнуть) . . . .
. . . . по поводу самопроизвольного аборта, искусственного аборта, начавшегося вне лечучреждения, для производства аборта по медицинским показаниям (подчеркнуть).

Основание для полного искусственного аборта: диагноз . . . . . .
. . . . № перечня; разрешение выдано . . . .
. . . . комиссией за № . . .

Состояние больной при поступлении: не лихорадящая, лихорадящая, септические явления . . . .

Возраст . . . . . . л., срок беременности . . . . . . которая по счету беременность . . . . Ранее было родов . . . . . абортов . . .
число живых детей . . . .
Больная работает (где выполн. работы) . . . .
Учится (где) . . . .
Чем занимается, если не работает и не учится . . . .
Когда произведена операция аборта . . . . способ операции . . . . осложнение во время операции . . . .
После операции . . . .
Исход . . . .
День выбытия . . . .

Подпись лечащего врача:

ж) Правила ведения учета и отчетности по абортам

А. Врачебная комиссия по разрешению аборта:

а) Ведет 1) актовую книгу комиссии (форма № 1) и 2) акты разрешений на производство аборта (форма № 2). Акт пишется в 2 экземплярах, из которых каждый должен быть скреплен подписями всех членов комиссии. Один экземпляр акта выдается на руки беременной для представления в определенное (по списку, установленному здравотделом) лечебное стационарное учреждение, где имеет быть произведен аборт. Другой экземпляр акта остается в делах комиссии.

б) Представляет в Статотдел обл(край)здравов, наркомздравов АССР, наркомздравов союзных республик, не имеющих областного деления, — по принадлежности, месячный отчет врачебной комиссии 3 числа следующего за отчетным месяцем (форма № 3).

Городские комиссии представляют отчет в горздравотдел в тот же срок (форма № 3). Последний представляет в обл(край)здрав, Наркомздрав АССР, наркомздравы ССР, не имеющие областного деления, — по принадлежности, сводный отчет по форме, установленной для области (форма № 4).

Б. Лечебные учреждения, производящие аборты и лечащие больных, поступающих с начавшимися вне лечебного учреждения абортами, ведут: 1) историю болезни на каждый случай аборта: на больных, поступающих в лечучреждения с начавшимся вне лечебного заведения абортом; истории болезни хранятся в особой картотеке; 2) карту учета аборта (форма № 6) (как на случай полного искусственного, так и начавшегося вне лечебного учреждения); 3) журнал операций полных искусственных абортов (форма № 5). Лечебные учреждения отсылают в рай(гор)здравотдел карты учета аборта — 5-го числа каждого месяца за предшествующий месяц.

В. Рай(гор)здравотдел отсылает в Статотдел (обл)крайздрава, Наркомздрава АССР, Наркомздрава ССР, не имющей областного деления — по принадлежности, все карты учета аборта (от всех лечебных заведений) не позднее 10 числа следующего месяца за предшествующий месяц.

Г. Горздравотдел отсылает в Отдел статистики обл(край)здрава, НКЗдрава АССР, Наркомздрава СССР, не имеющих областного деления — по принадлежности: 1) карты учета аборта 15 числа следующего за отчетным месяца; 2) сводный отчет о работе комиссии и о произведенных абортах (форма № 4) 10 числа следующего за отчетным месяца.

Д. Обл(край)здравы, наркомздравы АССР.

а) отсылают в Отдел статистики НКЗдрава ССР отчет о работе комиссии и о произведенных абортах 20 числа следующего за отчетным месяца.

Отчет составляется на основе:

1) Отчетов комиссий.

2) Сводных отчетов горздравотделов и

3) Результатов разработки карт учета аборта.

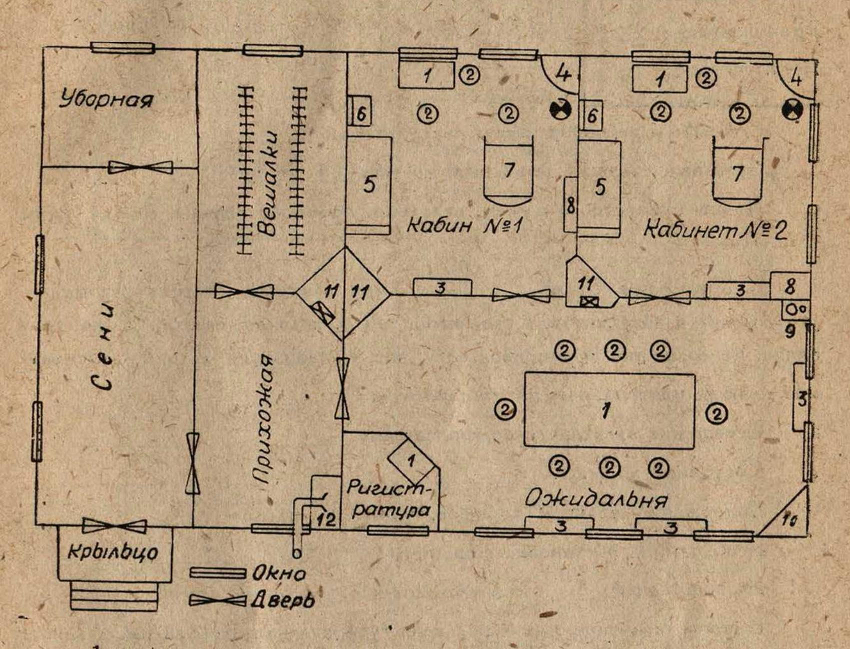
б) Производят углубленную разработку учетных карт (см. раздел Е п. „6").

Е. Наркомздравы ССР:

а) отсылают сводный отчет по форме № 4 в Отдел статистики Наркомздрава Союза ССР 30 числа следующего за отчетным месяца;

б) производят углубленную разработку учетных карт по указаниям и по программе Наркомздрава Союза ССР, согласованной с ЦУНХУ.

ПЛАН ПОМЕЩЕНИЯ ЖЕНСКОЙ РАЙОННОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ



1—стол
2—стул
3—диван
4—столик для медикаментов и инструмента
5—топчан
6—умывальник
7—гинеколог. кресло
8—шкаф
9—столик с водой
10—столик с литературой
11—печь
12—шкаф (вытяжной) для кипячения инструмента

КОНСУЛЬТАЦИЯ ИНСТИТУТА ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА
И МЛАДЕНЧЕСТВА КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Уч ______
Ул. ______
д. № ______ кв. № ______
Врач-акушер ______
Врач-педиатр ______
Патр. сестра ______

ПАТРОНАЖНЫЙ ЛИСТ № ______

I. Общие сведения о женщине (матери) ______

Предприятие ______

Отдел ______ цех ______ дет. проф. ______

______

Ф. И. О ______

С которым ребенком посещ. консультацию ______

Патронаж старших детей был, не был ______

Живет совместно с мужем, отдельно. Взаимоотношения между ними ______

II. Жилище: Этаж ______ Семья занимает квартиру, комнату, угол, живет в общежитии. Сухо, сыро, тепло, холодно, светло, темно, солнечно, не солнечно. Водопровод есть, нет. Канализация есть, нет. Отопление печное, центральное, не отапливается ______

Освещение электрическое, керосиновое ______

Состояние жилища: ______

Содержание жилища: хорошее, удовлетв., плохое ______

Необходимая обстановка есть, нет ______

На площади в ______ кв. м живут взр. ______ детей ______

В семье, квартире живут больные туберкулезом, сифилисом, душевно больные, алкоголики ______

Поведение ______

Последующие изменения:

______
______
______
______
______
______

Отметки пользования яслями

Ясли №	С	По

III. Посещение женщины (беременной, родильницы, после аборта, гинекологическ. больной)

Обратить особое внимание на:

Труд домашний	Уход за кожей	Половую жизнь
Питание	„ телом	Менструальн. период
Пользование свежим воздухом	„ сосками	Патолог. явление
	„ полов. орг.	
	Одежду, белье	
	Постель	

Год, месяц и число	Замеченные неправильн	Указан. и мероприятия, проведенные сестрой	Жалобы

ПОСЕЩЕНИЕ РЕБЕНКА

Фамилия, имя ребенка ____________________

Время рождения ____________________ 193 г.

Поступил в консультацию ____________ патронаж ____________

Посещает ясли № ________

А. Воспитывает ребенка дома: мать, бабушка, няня, отец.

Согласованность подходов к ребенку есть, нет.

Сколько часов мать в день отсутствует.

Кто остается с ребенком во время отсутствия матери днем, ночью.

Взаимоотношения между членами семьи: хорошее, удовлетв., плохие.

Б. Обратить внимание на:

1. Кормление
2. Сон, постель
3. Прогулку

4. Пеленание
   Одежду
   Купанье
   Уход за кожей
   „ орг. чувств.
   Высаживание

5. Игры и занятия
   Меры воздействия
   Общегигиенич. уход
6. Настроение

У больного ребенка добавочно: на температуру, вес, кожу. В случаях остроинфекционных заболеваний — на карантин (см. спец. инстр.).

Год, месяц и число	Неправильн. в уходе, воспит. и состоянии здоровья ребенка	Указания и мероприятия, проведенные сестрой	Жалобы матери

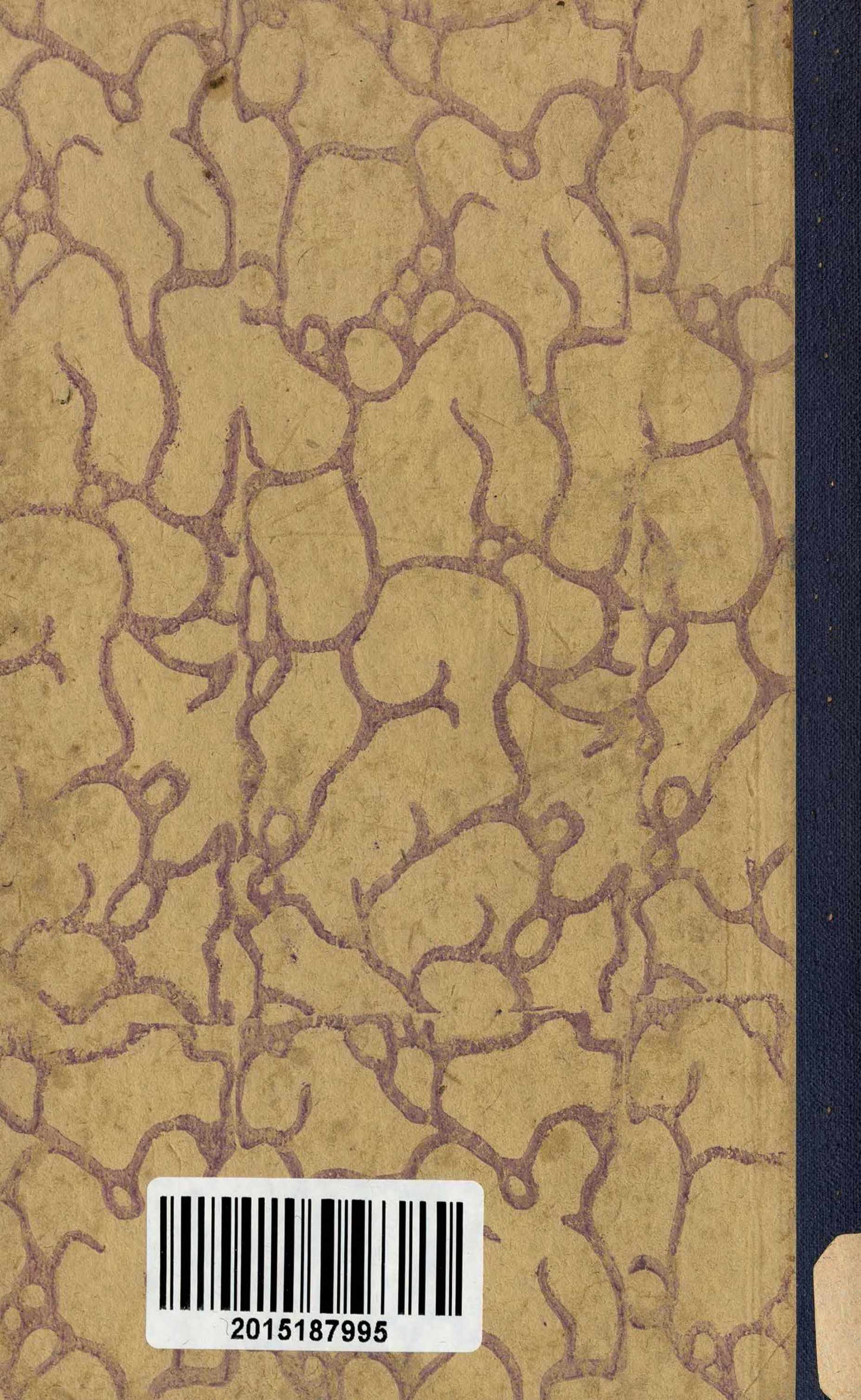
Год, месяц и число	Неправильн. в уходе, воспит. и состоянии здоровья ребенка	Указания и мероприятия, проведенные сестрой	Жалобы матери

СОДЕРЖАНИЕ

Редактор книгоиздательства Д. Л. Газер.
Техн. редактор А. Г. Тамбовский.
Корректор В. П. Семенова.

Сдано в набор 9/I-37 г. Подписано к печати 11-III-37 г. Формат $60 \times 92^{1}/_{16}$. Тираж 1 200 экз. Бум. листов $5^{5}/_{8}$. Печатн. листов $11^{1}/_{4}$. Учетно-авторск. листов 12,4. Знак. в бум. листе 88000. Изд. инд. 1—П. Изд. № 42. Уполн. обллита № 1069. Заказ № 124.

Тип. изд-ва „Коммуна", Воронеж, пр. Революции, 51.


20151187995